

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Aliette, Scholastie LADOUCH

Née le 24 Octobre 1942 à Tampon - Ile de la Réunion

Présentée et soutenue publiquement le

L'“EXULCERATIO SIMPLEX” DE L'ESTOMAC. LA FORME MACROSCOPIQUE ET LA FORME MICROSCOPIQUE.

Observations personnelles et revue de la littérature

Président de Thèse : Monsieur Jacques DELARUE (Professeur)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1970

N°

T H E S E

pour le

DCC TORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Aliette, Scholastie LADOUCH

Née le 24 octobre 1942 à Tampon - Ile de la Réunion

--

Présentée et soutenue publiquement le

--

L'"EXULCERATIO SIMPLEX" DE L'ESTOMAC.

LA FORME MACROSCOPIQUE ET LA FORME MICROSCOPIQUE.

Observations personnelles et revue de la littérature

--

Président de Thèse : Monsieur Jacques DELARUE (Professeur)

--

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6ème
1970



A mes Parents

A mes Beaux-Parents

Faible témoignage de ma gratitude
et de mon affection

A mon Mari

A ~~ma~~ fille Laurence

A mon fils Jérôme

A tous ceux qui me sont chers



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551501_0017

A Monsieur le Professeur J. DELARUE

Biologiste des Hôpitaux

Professeur d'anatomie-pathologique de la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse

En témoignage de notre profond respect

A Monsieur le Professeur J. PAILLAS

Biologiste des Hôpitaux

Professeur d'anatomie pathologique au
C.H.U. de Bicêtre

Qui nous a accueilli avec bienveillance
dans son service

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé tout au long de
son élaboration

En témoignage de notre respectueuse
gratitude

A Monsieur le Docteur MONOD-BROCA

Chef de Service de l'Hôpital de Bicêtre

Qui a bien voulu nous confier ses
observations

A Monsieur le Professeur A. MONSAINGEON

Membre de l'Académie de Chirurgie

Doyen du C.H.U. de Bicêtre

Qui a bien voulu nous confier
sa documentation personnelle

L' "EXULCERATIO SIMPLEX" DE L'ESTOMAC

LA FORME MACROSCOPIQUE ET LA FORME MICROSCOPIQUE
OBSERVATIONS PERSONNELLES ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

--:-

INTRODUCTION

-:-

1°- Parmi les causes d'hémorragies digestives graves, l'exulcération simple de Dieulafoy occupe une place particulière tant par sa symptomatologie clinique :

- hématoméses abondantes et récidivantes de survenue brutale, sur un terrain le plus souvent vierge d'antécédents digestifs,

- que par ses caractères anatomiques : ulcération superficielle de la muqueuse gastrique visible macroscopiquement d'un diamètre variant de 4 mm à 40 mm, érodant une artère à paroi saine qui se trouve à l'origine de l'hémorragie.

Relativement fréquente pour le chirurgien qui considère que toute ulcération fortement saignante creusée en paroi souple est un "Exulcération Simplex", elle est considérée comme rare par l'anatomo-pathologiste.

2°- Beaucoup plus rares, en fait, sont les exulcération simple invisibles à l'oeil nu et qui ne sont découvertes qu'à la loupe, ou même, qu'au microscope. Ce sont ces lésions si particulières qui font l'objet du présent mémoire. Deux cas observés récemment dans le laboratoire central d'anatomie pathologique de l'Hôpital de Bicêtre constituent notre documentation personnelle.

3°- Nous nous proposons donc dans ce travail :

- de réunir les observations de la littérature relatives aux exulcératio simplex tant à celles qui sont visibles macroscopiquement qu'à celles qui ne se découvrent qu'au microscope.

- de confronter ces observations aux nôtres

- de déterminer les rapports entre cette lésion et les anomalies vasculaires que l'on peut rencontrer dans l'estomac.

P L A N

- I - Le cadre nosologique de l'exulcération simple de Dieulafoy
- II - Historique
- III - Observations personnelles
- IV - Observations de la littérature (par ordre chronologique)
 - A : Les "Exulcération simple" de Dieulafoy
 - B : Les "Exulcération" microscopiques
- V - Etude anatomo-clinique
 - A : Etude anatomo-pathologique
 - "L'exulcération simple" de Dieulafoy
 - "L'exulcération" microscopique
 - B : Etude clinique
 - C : L'évolution spontanée
 - D : L'exploration et la cure chirurgicale
 - 1) L'exulcération simple de Dieulafoy
 - 2) L'exulcération microscopique
 - 3) Le problème des gastrotomies blanches
 - 4) L'attitude thérapeutique générale
- VI - Histogénèse
 - A : La vascularisation gastrique normale
 - B : Etude personnelle de la vascularisation gastrique

- C : Différentes hypothèses pathogéniques
- D : Rapports entre une vascularisation anormale et
les accidents hémorragiques

VII - Conclusions

-:-

I - LE CADRE NOSOLOGIQUE DE L'"EXULCERATIO SIMPLEX" DE DIEULAFOY

-:-

Selon la description de DIEULAFOY en 1897, l'Exulcératio Simplex survient dans un contexte clinique particulier.

C'est une lésion qui touche l'homme jeune ne possédant aucun antécédent digestif. Elle se manifeste par des hématomés abondantes, récidivantes, de survenue brutale, sans aucune douleur et mettant rapidement en jeu le pronostic vital.

Pour DIEULAFOY (1897)

"L'exulcératio simplex siège en un point quelconque de l'estomac ; son diamètre est en moyenne celui d'une pièce de 50 centimes à 1 franc. Elle est circulaire ou étoilée, et unique.

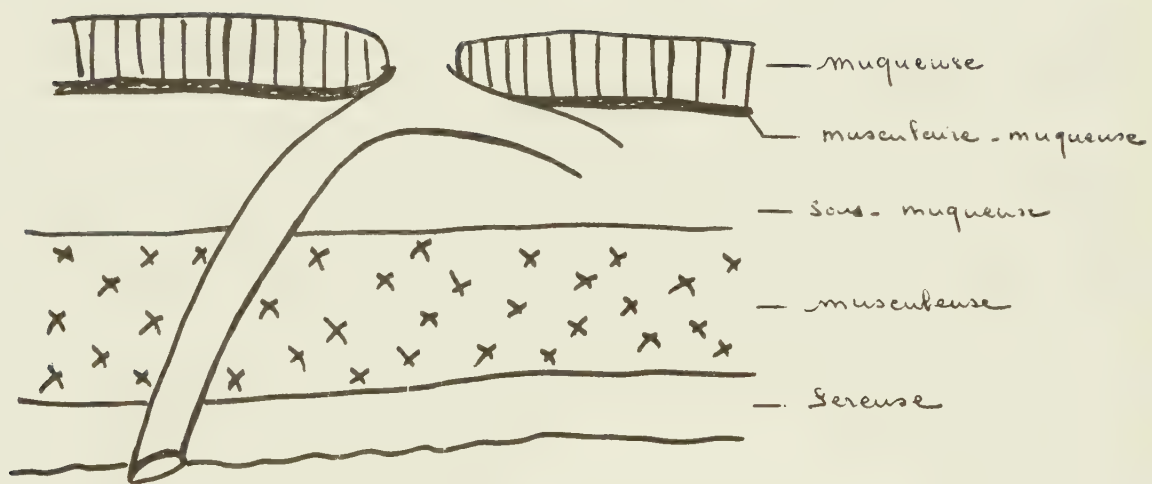
Elle siège à fleur de muqueuse, il faut déplier la muqueuse et regarder attentivement pour la voir. A la loupe, on voit au fond de l'ulcération une artériole abrasée.

Histologiquement, on constate la disparition de la muqueuse en un point, y compris la muscularis mucosae. Il n'y a pas d'artérite, mais une infiltration leucocytaire au voisinage de l'artère érodée.

De cette description de DIEULAFOY, nous retenons que le critère essentiel est anatomique. D'autres lésions gastriques peuvent en effet réaliser un tableau clinique identique :

- 1) L'ulcère de Cruveilhier
- 2) L'ulcère aigu
- 3) La gastrite hémorragique

A partir des travaux de LAMBLING et Coll. (1959) et de ceux des auteurs Belges :DRIHAYE, KICKENS, et Van der VOORT (1966) nous résumons dans les tableaux suivants les éléments essentiels du diagnostic différentiel de ces différentes lésions.

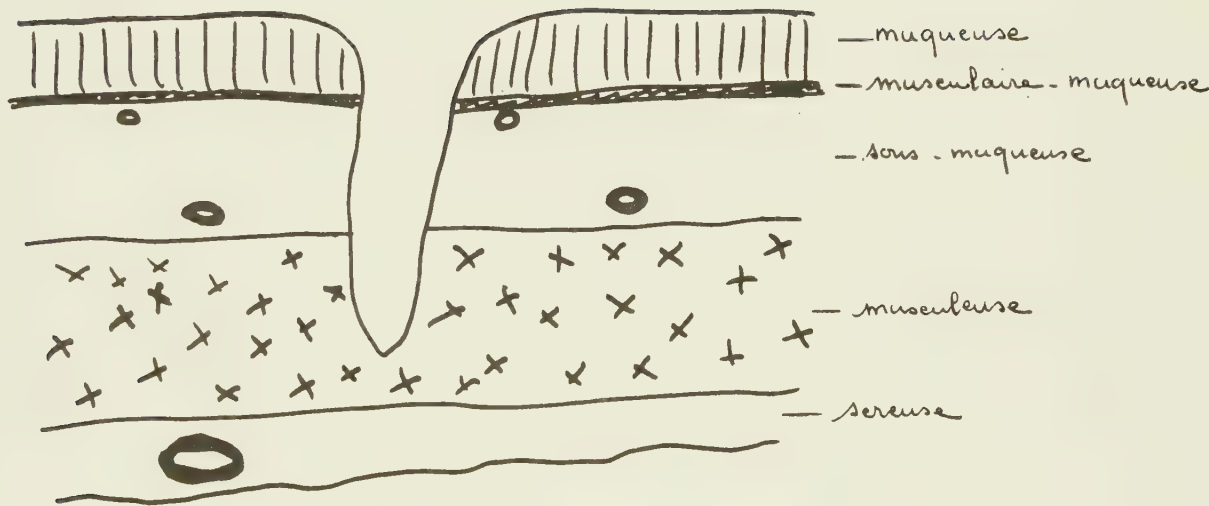


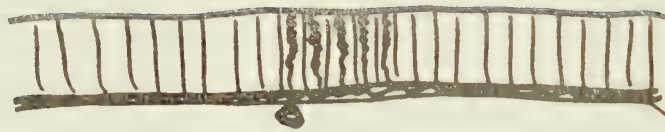
a) L'EXULCERATIO SIMPLEX

- Pas de passé digestif
- Tableau clinique comportant des hématomèses massives d'apparition brutale
- Transit oeso-gastro-duodénal normal
- La lésion est le plus souvent unique et de localisation haute.
- Elle n'est pas visible sur la face externe de l'estomac
- C'est une ulcération superficielle comportant au centre une artère qui saigne en jet
- Histologie : Ulcération de la muqueuse et de la musculaire muqueuse. La musculature est intacte.
- Erosion d'une artère de calibre anormal, de la sous-muqueuse, à paroi saine.
- Aucune sclérose réactionnelle.

b) L'ULCERE AIGU

- Antécédents douloureux récents mais inconstants
 - Hémorragies digestives inconstantes
 - Transit oeso-gastro-duodénal normal
 - Lésion le plus souvent unique mais nettement plus profonde, pouvant aller jusqu'à la perforation.
- Elle n'est pas palpable et se voit sur la face muqueuse de l'organe. Ses bords sont taillés à pic.
- Histologie : Ulcération de profondeur variable, entamant la musculature sans aucune sclérose réactionnelle. Parfois, érosion d'une artériole.





— muqueuse

— musculaire - muqueuse

— sous-muqueuse



— musculuse

— serouse

c) LA GASTRITE HEMORRAGIQUE

- Antécédents douloureux inconstants
 - Tableau d'hémorragies récidivantes à long terme
 - Transit oeso-gastro-duodénal normal
 - Les lésions sont diffuses à tout l'estomac
 - L'estomac est normal à la palpation, parfois la paroi est un peu épaissie
 - La gastrotomie découvre une muqueuse tuméfiée, de teinte variable (rose ou rouge vif) avec par place des zones ecchymotiques
 - La muqueuse saigne au contact, en nappe : "aspect de muqueuse pleurant le sang".
- Il peut exister des ulcérations superficielles en coup d'ongle.
- Histologie : Lésions vasculaires de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Vaso-dilatation capillaire réalisant l'image caractéristique des puits capillaires de Lambling, au niveau de la muqueuse.

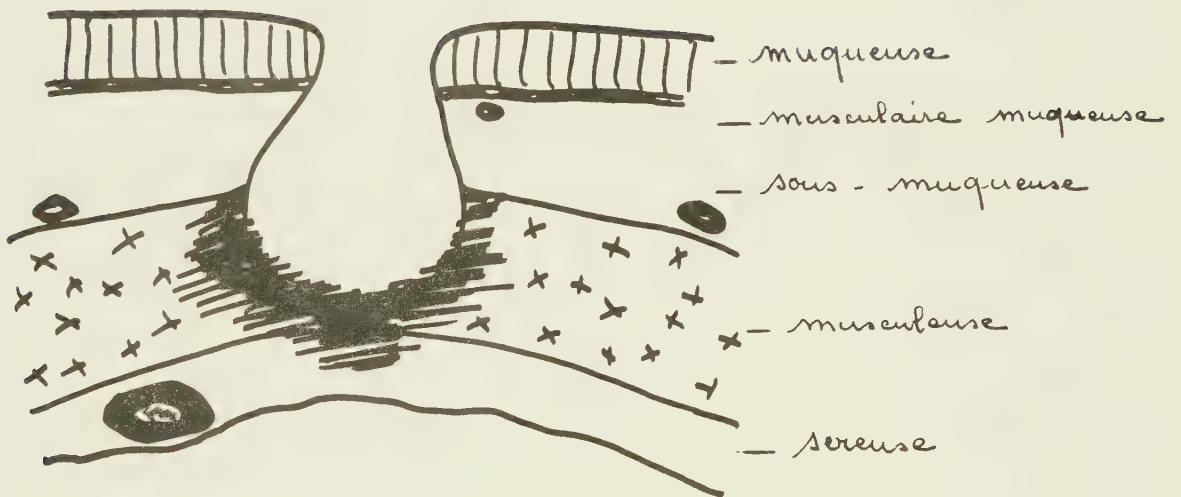
d) L'ULCERE DE CRUVEILHIER

- Antécédents digestifs caractéristiques
- Tableau clinique associant douleur et hémorragies digestives, plus ou moins abondantes (ulcère angic-térébrant)
- Transit oeso-gastro-duodénal met en évidence la lésion

- Lésion repérable sur la face externe de l'organe, le plus souvent unique.

- Histologie : Ulcération profonde intéressant toute la paroi et entamant la musculieuse. Présence de sclérose. Réaction vasculaire avec endartérite plus ou moins importante des vaisseaux du voisinage, qui peuvent être érodés au niveau du fond.

Réaction inflammatoire nette.



Il résulte que lors d'une intervention chirurgicale pour hémorragies digestives, deux lésions sont facilement reconnues par l'opérateur.

1) L'ulcère de Cruveilhier facilement repérable par la palpation du fait de la sclérose de son fond.

2) La gastrite hémorragique avec sa muqueuse congestive pleurant le sang.

Par contre, l'ulcère aigu peut être difficilement distingué de l'exulceratio simplex puisque tous deux réalisent macroscopiquement le même aspect. De ce fait, de nombreuses observations d'"Exulceratio Simplex" sans contrôle histologique ont dû être écartées de cette étude.

De plus dans les publications de langue anglo-saxonne, nous avons relevé nombre de cas intitulés par leur auteur : "Ruptures d'anévrysmes gastriques". En fait le terme d'anévrysme n'est utilisé que pour expliciter la présence d'une artère de fort calibre (0,5 à 1 mm de diamètre) ; tortueuse, issue de la séreuse, qui traverse toute la paroi musculaire de l'estomac jusqu'à la sous-muqueuse où elle se trouve érodée par une petite ulcération superficielle. Il n'y a jamais dans ces cas, ni sac anévrysmal, ni organisation. Nous les avons donc inclus dans notre étude d'autant que l'histoire clinique est strictement la même.

	Exulceratio Simplex	Ulçère aigu	Ulçère de Cruveilhier	Gastrite hémorragique
Antécédents digestifs	-	Antécédents douloureux récents inconstants	Antécédents douloureux caractéristiques	Antécédents douloureux inconstants
Hémorragies digestives	Abondante Récidivante à court terme	inconstante	inconstante massive	Parfois abondante Récidivante à long terme
Transit O.G.D.	-	-	+	-
Nombre	unique	unique	unique	multiple
Profondeur	- Superficielle - muqueuse - musculaire - muqueuse	- Profond - entame la musculieuse - Peut aller jusqu'à la perforation	- En apparence superficiel - entame la musculieuse plus ou moins profondément	muqueuse
Artère	- Artère de gros calibre - Pas d'endarterite - Trajet anormal	Artère de petit calibre	- Artère de tout calibre - Endartérite +++	- Pas d'érosion artérielle - Réaction congestive diffuse - Puits capillaires de Lambling
Sclérose associée	-	-	+++	-

Principales caractéristiques de l'Exulceratio Simplex -
Eléments du diagnostic différentiel

II - HISTORIQUE

-:-

A - L'Exulcératio Simplex de Dieulafoy

La première communication concernant les hémorragies digestives graves survenant à la suite de rupture d'une artère gastrique de siège superficiel fut faite en 1884 par GALLARD.

GALLARD rapportait deux cas d'hématémèses foudroyantes et considérait qu'il s'agissait de la rupture d'un micro-anévrysme de la paroi gastrique.

C'est DIEULAFOY en 1897 qui, dans ses "Leçons cliniques de l'Hôtel Dieu", isole la lésion en la définissant sur le plan clinique et anatomique : "il la nomme Exulcératio Simplex pour la distinguer de l'ulcus simplex de Cruveilhier dont elle n'est peut être que le stade initial".

Peu de progrès ont été faits depuis, quant à la connaissance de cette ulcération et la description de DIEULAFOY reste encore d'actualité.

Des auteurs allemands, tels SCHEIDEGGER en 1933, DRABIG en 1937, KRIEGER en 1950, CORNELIUS en 1952, mettent surtout en évidence dans leurs publications des anomalies artérielles : anomalies de calibre et de trajet de l'artère concernée par l'ulcération. En 1952, DEMOLE de Genève, et CANDARDJIS de Lausanne (1957) insistent sur l'anomalie du paquet vasculo-nerveux

en entier qui passe d'un siège profond sous-séreux à la sous-muqueuse.

Dans les publications américaines nous retrouvons sous le vocable d'Anévrysme ou de Malformation d'une artère sous-muqueuse la même lésion ainsi que le souligne FIXA en 1966 dans une revue de la littérature.

Pour les auteurs Français, par contre, la lésion est beaucoup moins systématisée et de nombreuses publications concernant l'Exulcératio Simplex ne font pas une distinction nette avec les ulcérations aiguës.

LEGER et Coll. en 1957, ainsi que DEBRAY en 1962 intègrent l'Exulcératio Simplex dans le cadre des ulcérations aiguës hémorragiques dont il constituerait un des stades.

LAMBLING en 1959 considère que la lésion pure c'est-à-dire répondant aux critères de DIEULAFOY, est extrêmement rare et n'en retient que quelques cas parmi ceux qui ont été publiés.

B - L'Exulcératio Simplex microscopique

Par ailleurs, depuis 1902, plusieurs observations ont été publiées qui ont trait non pas à des Exulcératio Simplex de Dieulafoy mais à des perforations artérielles parfois découvertes au microscope, et en tous cas, ne s'accompagnant pas d'une ulcération macroscopiquement identifiable. SACHS (1902) ; HIRSCHFELD (1904) ; DONALDSON et HAMBLIN (1950) ; ALBRICH (1951) ; et MILLARD (1955) rapportent de telles observations. L'examen histologique révèle une perte de substance minime, concernant la muqueuse et la musculaire muqueuse en regard d'une grosse artère dont la paroi est perforée.

D'autres publications BREMER et De GRAEF (1960) ; BORGER (1963) ; FREEARK et Coll. (1966) ; MONGES et DELMONT (1967), font état de gastrotomies au cours desquelles on ne découvre qu'une artère qui saigne en jet.

Au total, 17 observations de la littérature mondiale ressortissent à ce groupe de lésions.

III - OBSERVATIONS PERSONNELLES

- OBSERVATION n°I -

Mademoiselle C... Mad. 72 ans, est admise d'urgence dans la nuit du 24 au 25.12.68, dans le service de Monsieur MONOD-BROCA à l'hôpital de Bicêtre pour hémorragies digestives graves.

Histoire : Melaena isolé, récidivant, sans douleurs abdominales survenant chez une femme n'ayant aucun passé digestif, mais prenant depuis de nombreuses années de l'Aspirine et du Corydrane pour une polyarthrite chronique évolutive.

A son admission :

Signes d'anémie aiguë avec conjonctives décolorées.
La numération-formule sanguine montre :

- 2 420 000 globules rouges
- 11 700 globules blancs

L'hématocrite est à 22 %

La T.A. : 8/4

Trois flacons de sang sont passés du 24 au 25 décembre.

Le 26.12.68 :

La T.A. : 12/5,5 Pouls : 76

La numération-formule sanguine :

- 3 460 000 globules rouges
- 8 600 globules blancs
- Hématocrite : 32 %

Un transit oeso-gastro-duodéal est fait, qui montre :

- un transit oesophagien normal,
- une importante dilatation de l'estomac sans lésion des faces et courbures gastriques,
- un passage pylorique lent.

Il semble exister une déformation ulcéreuse du bulbe avec rétrécissement cicatriciel post-bulbaire.

Au décours de l'examen, la malade a un malaise avec chute tensionnelle à : 10/5,5.

Mise en aspiration.

Un flacon de sang est passé.

Le 26.12.68, l'intervention est décidée.

Compte-rendu opératoire : Opérateurs {MONOD-BROCA
MOINET

- Diagnostic clinique :

Hémorragies digestives récidivantes pour ulcère duodénal probable (Meloena).

Hématocrite à 22 %.

- Diagnostic opératoire :

Estomac normal.

- Intervention : gastrectomie Finsterer de principe d'urgence et biopsie hépatique.

Médiane : Excellente exploration chez une femme très maigre. La palpation ainsi que l'examen externe de l'estomac et du duodénum sont strictement normaux.

On note seulement une distension de la grosse tubérosité.

Présence de sang dans le colon et plusieurs anses grêles. Pas de Meckel.

Le foie est un peu irrégulier.

La rate est petite.

En raison de la gravité des hémorragies et de leur récurrence, de l'âge de la malade, une gastrectomie est faite : un Finsterer, assurance contre un ulcère post-bulbaire méconnu.

Fermeture du duodénum.

Anastomose transmésocolique avec suspension de l'anse afférente par deux points. Bonne fermeture rétro-anastomotique. Bonne suspension du méso.

Biopsie hépatique

Opération exsanguée. Fermeture sans drainage en étage.

Suites opératoires : bonnes - guérison

Examen anatomo-pathologique :

L'examen macroscopique minutieux de la pièce fraîche à la loupe semble révéler trois ulcérations superficielles microscopiques. Au centre de l'une d'elles paraît bien exister une artère complètement sectionnée avec un caillot. Ces ulcérations siègent sur la face postérieure de l'estomac, l'une tout près de la petite courbure, les deux autres à 4 cm de distance.

Après séjour dans le fixateur, les exulcérations qui ont été repérées sur la pièce fraîche par les fils sont très difficiles à identifier. Une seule semble certaine.

Examen microscopique :

Les blocs d'inclusion ont été débités en coupes sériees. Une seule exulcération peut être démontrée.

L'ulcération de très petite taille a un fond fibrino-purulent et en regard, la sous-muqueuse est fibreuse. La musculature est intacte.

Dans la sous-muqueuse court une artère, assez volumineuse, perméable, mais qui présente des lésions d'endartérite fibreuse. Des coupes heureuses permettent de voir que cette artère s'étant approchée du fond de l'ulcère, vient s'ouvrir à plein canal dans le fond de l'exulcération.

A cet endroit la lumière artérielle est occupée par un fragile coagulum de fibrine.

CONCLUSION :

Ulcération superficielle sans atteinte du plan musculaire. Ulcération d'une artère expliquant très facilement l'hémorragie.

Biopsie du foie :

L'examen histologique du prélèvement, qui mesure 2 cm x 1,5 cm, permet de reconnaître une capsule fibreuse, très épaissie et une sclérose péri-portale importante et non inflammatoire. Pas d'altération des hépatocytes.

Il n'y a ni nécrose, ni stéatose, ni surcharge pigmentaire.

Il s'agit donc d'une cirrhose péri-portale en dehors d'une poussée évolutive.

- OBSERVATION n°II -

Madame R.. Mad ... 25 ans, ne présentant aucun antécédent digestif, est hospitalisée le 2.6.69 pour un meloena suivi d'une hématomèse abondante.

L'interrogatoire apprend :

- que 6 comprimés d'aspirine ont été absorbés quelques jours auparavant pour syndrome grippal,
- qu'il existe une situation familiale conflictuelle,
- qu'un traumatisme crânien, remontant à 6 ans environ, a entraîné une perte de connaissance brève
- qu'une appendicectomie a été pratiquée il y a 5 ans.

A son entrée, la malade est pâle, mais l'examen clinique est strictement négatif.

On note une tension artérielle à 7,5/6 avec un pouls à 140.

La numération globulaire montre :

- 9 800 globules blancs,
- 3 750 000 globules rouges

avec une hémocrite à 35 %.

Malgré une réanimation comportant de nombreuses transfusions, reprise des hématomèses le 6.6.69 avec chute des globules rouges à 2 740 000 et hémocrite à 23 %. Ces hématomèses se poursuivent les jours suivants.

Ni les examens radiologiques pratiqués, ni les artériographies sélectives faites en période hémorragique ne mettent en évidence une cause à ce saignement important.

Sur certains clichés il existe cependant une petite suspicion d'ulcère duodénal.

L'intervention est décidée le 11.6.69 devant la poursuite des hémorragies digestives.

Compte-rendu opératoire :

Médiane sus-ombilicale dépassant l'ombilic. Exploration facile. Quelques adhérences lâches sous-hépatiques.

Le foie et la rate sont normaux.

La palpation de l'estomac et du duodénum ne trouve rien d'anormal, même après ouverture de l'arrière cavité des épiploons. Le pancréas est normal également.

Gastrotomie antérieure : découverte difficile de 3 petits éléments punctiformes, d'allure angiomateuse, à la face postérieure du corps de l'estomac.

Exérèse de ces trois éléments. Ils sont vascularisés par des artérioles de bon calibre.

Hémostase. Fermeture.

Duodénotomie sur D2 et entérotomie : exploration négative.

Fermeture. Pas de drainage.

Pièce au laboratoire.

Suites opératoires : bonnes.

Compte-rendu histologique :

- Le prélèvement n°1 concerne la muqueuse, la musculaire muqueuse et la sous-muqueuse.

La muqueuse est parcourue par des capillaires dilatés et gorgés de sang aux dépens desquels se produisent quelques hémorragies par érythrodiapédèse.

A la surface de la muqueuse, existe un petit caillot adhérent.

Dans la sous-muqueuse on trouve des artères de calibre normal.

- Le prélèvement n°2 :

On met également en évidence la muqueuse, la musculaire muqueuse et une partie de la sous-muqueuse.

La muqueuse contient une petite hémorragie interstitielle localisée. Les vaisseaux de la sous-muqueuse sont normaux.

- Le prélèvement n°3 : intéresse les mêmes plans : muqueuse, musculaire-muqueuse et sous-muqueuse.

Dans la sous-muqueuse, très fibreuse, et ponctuée d'éléments inflammatoires, on trouve une volumineuse artère qui dessine une courbe dont le sommet est orienté vers la lumière gastrique. L'arc artériel situé au sommet de la courbe a disparu et l'artère se trouve ainsi ouverte à plein canal dans la lumière de l'estomac. Elle est cependant le siège d'une thrombose organisée en profondeur, fibrineuse en surface. La muqueuse gastrique, qui a été interrompue en regard de la perforation artérielle, arrive de chaque côté au contact du thrombus.

La musculaire-muqueuse sous-tend partout la muqueuse et est elle aussi interrompue au même niveau.

De chaque côté du thrombus superficiel, on trouve un petit pertuis qui fait communiquer la lumière artérielle et la cavité gastrique.

Aucune ulcération de la muqueuse, aucun granulome inflammatoire ne sont décelés. La muqueuse s'interrompt brusquement au contact du thrombus.

Il est sans doute difficile d'expliquer cette perforation artérielle. Il y a tout lieu de penser que cette artère était anormale quant à sa taille particulièrement importante et quant à son trajet sinueux qui l'amenait, au niveau d'une de ses courbes, au contact de la muqueuse.

On peut se demander si une petite ulcération superficielle de la muqueuse, dont tout témoin a disparu, n'aurait pas été susceptible d'entraîner la nécrose et la perforation d'un arc artériel. Si aucune ulcération n'est identifiable, en revanche, on trouve une sclérose de la sous-muqueuse qui constitue indiscutablement la preuve de phénomènes inflammatoires locaux.

CONCLUSION : Hémorragies en rapport avec la rupture d'une artère de gros calibre, de la sous-muqueuse gastrique.

- EN CONCLUSION -

Nos observations concernent deux cas d'hémorragies digestives abondantes, de survenue brutale, sans aucune douleur, chez deux femmes ne présentant par ailleurs aucun antécédent digestif. Le transit radiologique oeso-gastro-duodénal est normal.

L'intervention chirurgicale a été décidée devant la répétition des hémorragies digestives.

Dans les deux cas, il existe une prise médicamenteuse. Dans la lère observation, la malade est traitée depuis longtemps par de l'Aspirine et par du corydrane pour un P.C.E. Dans la seconde observation, une prise d'Aspirine (6 comprimés) est effectuée quelques jours auparavant pour un syndrome grip-pal.

A l'intervention dans les deux cas, la laparotomie est négative, et la gastrotomie ne met en évidence aucune ulcération de la muqueuse.

Dans la première observation, une gastrectomie subtotale à l'aveugle est pratiquée. Sur l'estomac mis à plat, on découvre après un examen minutieux, à la loupe, 3 exulcérations microscopiques dont l'une semble éroder une artère.

Dans la seconde observation, à la gastrotomie, 3 points d'allure angiomateuse sont mis en évidence. Exérèse de ces trois éléments.

L'examen histologique, dans les deux cas, à des détails près, révèle qu'il s'agit d'une ulcération superficielle de la muqueuse et de la musculaire-muqueuse. En regard du fond de l'ulcération, une artère de fort calibre, tortueuse, décrit une boucle dont le sommet est amputé.

IV - LES OBSERVATIONS DE LA LITTERATURE

(par ordre chronologique)

A) "ULCERATIO SIMPLEX" de DIEULAFOY

(Exulcérations visibles macroscopiquement)

Deux observations de GALLARD - 1884 -

(cité par MILLARD)

Obs.1 - Homme de 20 ans, hospitalisé pour douleurs épigastriques et hématomèse soudaine de 3 litres.

Ces hématomèses se reproduisent pendant deux jours et le malade meurt.

- Autopsie : Rupture d'un petit "anévrisme" de la paroi postérieure de l'estomac, près de la petite courbure et du cardia. Rupture siégeant au centre d'une petite érosion muqueuse.

- A l'histologie : l'artère intéressée est le siège d'une importante artério-sclérose.

o

Obs. 2 - Homme de 51 ans, hématomèse brutale et méloena entraînant la mort.

- A l'autopsie : Sur la paroi postérieure de l'estomac, à 7 cm de la petite courbure et à 2 cm du cardia, une petite érosion de la taille d'un grain au centre de laquelle existe une artère rompue.

o

Une observation de LEPINE et BRET - 1893 -

(Cité par DIEULAFOY)

- Homme de 65 ans, alcoolique, hospitalisé pour hématomèses récidivantes.

La numération globulaire montre : 1 300 000 globules

Décédé malgré le traitement médical.

- Autopsie : Ulcération en coup d'ongle de siège non précisé.

- Histologie : Ulcération atteignant la muqueuse et la musculaire-muqueuse. Au centre, une artère est érodée qui est le siège d'une endartérite. La sous-muqueuse est épaissie.

o

Une observation de GIRANDEAU - 1893 - (Cité par DIEULAFOY)

- Femme de 30 ans, décédée au cours d'une hématomèse foudroyante.

- A l'autopsie : Exulcération de siège non précisé.

- Histologie : Ulcération de la muqueuse et de la musculaire-muqueuse érodant en un point un rameau artériel relativement volumineux. Pas d'artérite.

Quelques amas leucocytaires en profondeur de la muqueuse.

o

Une observation de GILBERT - 1890 - (Cité par DIEULAFOY)

- Femme d'âge non précisé, antécédents d'ulcus gastrique, admise pour hématomèse abondante, récidivante.

Décédée quelques jours après le début des accidents.

- Autopsie : Perte de substance superficielle de la taille d'une pièce de 50 centimes. Au centre, orifice béant d'une artère.

o

Une observation de DIEULAFOY - 1896 -

- Homme de 27 ans, sans antécédent digestif, hospitalisé pour hématomèses massives et récidivantes suivies de melaena.

Décédé au bout de 30 heures malgré le traitement médical.

- Autopsie : Exulcération superficielle de la grosse tubérosité à deux centimètres du cardia, de la taille d'une pièce de 5 F., à bords non indurés, ni saillants. La paroi alentour est souple. Une artère béante est vue à la loupe au centre de l'ulcération. On note la présence de taches ecchymotiques sur la muqueuse.

- Histologie : Erosion d'une artère située au fond d'une ulcération qui intéresse la muqueuse et la musculaire-muqueuse qui n'a cédé que par place.

Thrombose veineuse.

En profondeur de la muqueuse : abcès miliaire.

o

Une observation de MICHAUX - 1897 - (Cité par DIEULAFOY)

- Homme de 23 ans, sans antécédent digestif hospitalisé pour hématomésés récidivantes et meloena.

Traitement médical pendant plusieurs jours. Devant la persistance des hémorragies digestives, intervention.

- A l'ouverture : aucune anomalie de l'estomac. Fermeture.

Le malade meurt 4 jours plus tard.

- Autopsie : Exulcération superficielle, circulaire de la taille d'une pièce de 2 Frs. Au centre, une artériole béante vue à la loupe.

- Histologie : Ulcération de la muqueuse et de la musculaire muqueuse. Au centre, une artère érodée sur une partie de sa circonférence (coupes sériées). Pas d'artérite.

o

Une observation de BRAULT - 1898 - (Cité par DIEULAFOY)

- Femme de 20 ans, sans antécédent digestif, présente brutalement des hématomésés récidivantes et un meloena.

Décédée au bout de 15 jours avec une poussée fébrile à 40°.

- Autopsie : Perte de substance de la taille d'une pièce de 50 centimes, superficielle, érodant une artère située à la partie moyenne de la face postérieure de l'estomac.

- Histologie : Erosion de la muqueuse et de la musculaire-muqueuse.

Présence d'une artère de grand calibre, s'avancant de biais de la profondeur et venant s'ouvrir au centre de l'érosion.

Infiltration de cellules lymphocytaires de la muqueuse retrouvée à distance de la lésion.

o

Une observation de TIXIER et CLAVEL - 1933 -

- Homme de 47 ans, passé gastrique remontant à 4 ans, hospitalisé pour des hématemèses abondantes, récidivantes.

Anémie aiguë.

- Intervention d'urgence. Pas de lésion évidente à l'exploration gastrique. Ganglion dans le petit épiploon. Ligature du pédicule vasculaire de la petite courbure. Jéjunostomie.

- Suites opératoires : Température. Délire.

Décès 3 jours après l'intervention.

- Autopsie : Jéjunostomie normale.

Pas de sang dans l'estomac qui est normal extérieurement. A l'ouverture : sur le versant antérieur de la petite courbure, à trois doigts de la coronaire stomachique, une exulcération simplex, taille d'une pièce de 2 Frs, avec érosion d'une artère.

Deux autres exulcérations sans érosion artérielle sur le versant postérieur de la petite courbure, plus près du pylore.

- Artériographie de la pièce : montre qu'il s'agit d'une branche importante de la coronaire immédiatement sous la muqueuse.

o

Une observation de SCHEIDEGGER - 1933 -

- Homme de 24 ans, sans antécédent digestif, hospitalisé pour hématomésés récidivantes. Intervention : gastrectomie type Finsterer.

Décédé au bout de deux jours avec récurrence des hémorragies.

- Autopsie : A 2 cm du cardia, ulcération de 1 mm de diamètre.

- A l'histologie : A ce niveau, "noeud de vaisseaux" dans la sous-muqueuse. Le vaisseau forme une boucle dont le sommet manque au fond de l'ulcération. Absence également de la muqueuse et de musculaire-muqueuse.

La perforation artérielle est obstruée par un caillot frais.

On note la présence d'autres anomalies vasculaires dans la paroi de l'estomac.

o

Une observation de MAY, GUGGENHEIM et JEANNET - 1934 -
(Citée par EHRENZWEIG)

- Femme de 58 ans, sans antécédent gastrique, présente une grande hématomésé qui se répète pendant plusieurs jours.

Décédée au 5e jour.

- Autopsie : Ulcération très superficielle de la paroi postérieure, au centre un vaisseau érodé.

Deux autres ulcérations superficielles au voisinage.

Une observation de HOELZER - 1936 - (Cité par MILLARD)

- Homme de 84 ans, hospitalisé pour hématomésés récidivantes.

Décédé au 14^e jour. Le diagnostic évoqué était :
Cancer gastrique.

- Autopsie : Artériosclérose généralisée.
Cicatrice d'un ulcère ancien du duodénum.

Sur la paroi antérieure de l'estomac, à 4 cm du cardia et à 5 cm de la petite courbure, présence d'une petite ulcération de 4 mm de diamètre et de 0,5 mm de profondeur. Au centre : caillot de sang frais. Les vaisseaux alentour sont tortueux et indurés.

- Histologie : Artère érodée, intima épaissie.
Inflammation de la muqueuse.

°

2 observations de DRABIG - 1937 -

Obs. 1 - Homme de 24 ans, ayant présenté il y a 2 ans des hématomésés. Apparition brutale d'une hématomèse abondante après un épisode d'anorexie et de fatigue.

Hospitalisation. Les hématomésés se poursuivent et entraînent la mort au bout de 12 jours.

- Autopsie : Sur la paroi postérieure du fundus, à 12 cm du cardia, près de la grande courbure, une ulcération de la grosseur d'une tête d'épingle. Une artère tortueuse, visible macroscopiquement est perforée au fond.

- Histologie : Artère de 1 mm de diamètre, perforée, la lumière est occupée par un thrombus.

°

Obs. 2 - Femme de 40 ans, ayant une polyglobulie, antécédents d'hémorragie gastrique il y a 1 an, présente depuis 8 jours des saignements de la muqueuse buccale.

Le jour de son admission, hématomèse abondante et récidivante et melaena. Température inférieure à 35°.

Le décès survient 24 heures après le début des hémorragies digestives.

- Autopsie : A 10 cm du cardia, dans le sommet d'un pli muqueux, deux ulcérations de la grosseur d'une tête d'épingle.

- Histologie : Une petite ulcération atteignant la musculaire-muqueuse.

Au fond de la plus grande ulcération, une artère de 1,5 mm de diamètre, sous-muqueuse, à paroi fibreuse et épaissie.

°

Une observation de BIANCHEDI - 1937 - (Cité par GIARELLI)

- Homme de 40 ans, sans antécédent gastrique, présente des hémorragies digestives abondantes. Exitus.

- Autopsie : Sur la paroi postérieure à 6 cm du pylore et à 3 cm de la petite courbure, une petite ulcération intéressant une artère anévrysmale.

°

2 observations de KRIEGER - 1950 -

Obs. 1 - Homme de 46 ans, antécédents d'hématémèse il y a 4 ans, est hospitalisé pour hémorragies digestives de survenue brutale.

Examen clinique négatif.

La numération sanguine montre 1 300 000 globules rouges. Traitement médical comportant des transfusions.

Mais les hématomèses se poursuivent et la mort survient 5 jours après le début des troubles.

- Autopsie : Sang dans l'estomac et les anses intestinales. Sur la paroi postérieure, à 4 cm de la petite courbure, à la limite du fond et de la partie intermédiaire, un thrombus de la grosseur d'un pois, légèrement saillant.

D'autre part, endocardite mitrale végétante.

- Histologie : Ulcération superficielle atteignant la sous-muqueuse au fond de laquelle chemine une artère qui est volvulée vers la lumière gastrique et dont la paroi est perforée.

o

Obs. 2 - Homme de 77 ans, sans antécédent digestif, hospitalisé pour des diarrhées sanglantes d'apparition brutale qu'on attribue à un cancer de l'estomac.

Examen clinique négatif.

La numération montre 1 200 000 globules rouges.
Malgré les transfusions, chute de l'hématocrite.
Répétition du meloena et décès au bout de 18 jours.

- Autopsie : Au niveau de la paroi antérieure de l'estomac, à mi-distance du cardia et du pylore : cicatrice d'ulcère ancien. A 1 cm de cette cicatrice, une grosse artère est érodée au centre d'une ulcération.

- Histologie :

Ulcération atteignant la sous-muqueuse légèrement fibreuse et épaissie.

Dans la sous-muqueuse, nombreuses sections d'une artère sinueuse et de fort calibre, dont l'intima est épaissie.

Au fond de l'ulcération, perforation de la paroi artérielle, dont la lumière est obstruée par un caillot de fibrine.

o

2 observations de DONALDSON et HAMBLIN - 1950

Obs. 1 - Homme de 59 ans, présentant des hématomésés récidivantes et abondantes et un meloena, admis pour présomption de cancer gastrique.

Dans ses antécédents : des douleurs épigastriques vagues depuis 5 ans.

Douleurs thoraciques ayant entraîné une prise d'Aspirine quotidienne depuis 6 mois.

Les examens radiologiques montrent : une petite hernie hiatale, une hypertrophie de la muqueuse gastrique, une cicatrice d'ulcère duodéal.

Intervention devant l'aggravation de l'état du malade.

- Gastrectomie subtotale : incluant la cicatrice d'ulcère duodéal. Exploration de la partie haute de l'estomac qui est normale.

Deux jours après l'intervention, nouvelle hématomèse.

Réintervention : gastrectomie de la partie restante de l'estomac.

Le malade meurt deux jours après.

- Examen des pièces opératoires :

- n°1 : gastrite chronique
- n°2 : sur la partie postérieure de la grande courbure, une zone de 2 mm x 2 mm et surélevée de 2 mm, recouverte d'un caillot qui recouvre une artère rompue, dilatée.

o

Obs. n°2 - Homme de 64 ans, en bonne santé, présente brutalement des hématomèses et un **melaena** abondant, et récidivant.

Antécédents : ictère sur cirrhose alcoolique il y a 7 ans. N'a jamais saigné.

Le lendemain de son admission, hématomèse foudroyante.

- Autopsie : A 5 cm de la jonction cardio-oesophagienne sur la grande courbure, petite zone de 1 cm de diamètre ; au centre, dépression de 4 mm comblée par un caillot faisant protusion de 2 mm dans la lumière de l'estomac.

- Histologie : Artère tortueuse, érodée en un point, de 3 mm de diamètre, venant de la séreuse. Elle traverse toute la paroi gastrique et arrive juste au-dessous de la muqueuse où elle forme la base de l'ulcération. Cette artère retourne ensuite à la séreuse.

Infiltration de cellules rondes de la muqueuse.

Une observation de PUJOL, POMMEPUY, et HAFFNER - 1950 -

- Femme de 60 ans, atteinte de dyspepsie de type hypersthénique depuis quelques années, présente brutalement des hématomésès abondantes et récidivantes (3/24 heures).

Devant l'état de la malade : gastrectomie et réanimation.

- A l'ouverture de l'estomac : dans la région de la petite courbure, ulcération superficielle de la taille d'une pièce de 1 Franc, avec une artère béante au centre.

- Histologie : Ulcération qui touche la muqueuse et la musculaire muqueuse.

o

Une observation de CORNELIUS - 1952 -

- Homme de 47 ans, sans antécédent gastrique.

Hématémèse brutale, récidivante, malgré la réanimation.
Laparotomie négative.

Gastrectomie subtotale type Billroth II.

Décédé car reprise des hémorragies dans les suites opératoires.

- Autopsie : Sur la petite courbure, une petite ulcération avec une artère perforée au centre, à proximité du cardia.

- Histologie : Une artère bien structurée de 1 mm de diamètre, à trajet superficiel, est perforée.

o

2 Observations de COOPER et FERGUSON - 1953 -

Obs.1 - Homme de 40 ans, sans antécédent digestif, hospitalisé pour hématomésès récidivantes précédées de nausées, sans aucune douleur.

Les hématomésès se poursuivent malgré le traitement.
Intervention.

A la gastrotomie : après 10 minutes de recherche, une

petite ulcération superficielle sur la partie haute de la petite courbure est retrouvée.

Gastrectomie subtotale : les suites opératoires sont simples.

- Examen de la pièce : Ulcération de 8 mm de diamètre. A sa base on trouve une artère partiellement thrombosée, ouverte.

o

Obs. 2 - Homme de 27 ans, gigantisme hypophysaire, présente des douleurs épigastriques, un meloena et des hématomésés récidivantes.

Pas d'antécédent digestif

En dépit du traitement, poursuite des hématomésés et du meloena 7 jours après son hospitalisation.

Laparotomie exploratrice négative.

Gastrectomie subtotale à l'aveugle.

- Examen de la pièce :

Ulcération de 2, 3 cm x 1,3 cm sur la paroi postérieure, près de la petite courbure.

A sa base, une artère de calibre modéré est érodée.

Suites opératoires : Décédé 2 jours après l'intervention : défaillance respiratoire.

- Autopsie : Bronchopneumonie.

Adénome éosinophile malin de l'hypophyse.

o

Une observation de DEMOLE M. - 1953 -

- Femme de 76 ans, hypertendue il y a 10 ans. Aucun antécédent digestif, hospitalisée d'urgence pour hématomésés abondantes, récidivantes et un meloena.

Malgré le traitement médical, comportant de nombreuses transfusions, les hématomésés se poursuivent et la mort survient 4 jours après le début des accidents, au décours d'une nouvelle hématomésé.

- Autopsie : Estomac normal extérieurement.

A l'ouverture : sur la petite courbure, à 12 cm du pylore, ulcération plane de 1,8 cm de diamètre, à bords francs, non surélevée, ni indurée ; au centre, un vaisseau ouvert de 1,5 mm de diamètre.

- Histologie : Ulcération de la muqueuse et de la musculaire-muqueuse, une artère de la sous-muqueuse dont la plus grande partie de la paroi est nécrosée, s'ouvre au fond. Sa lumière est remplie par un thrombus en voie d'organisation.

Artère sinueuse, de calibre régulier. Paroi normale.
Veine de grand calibre à proximité.

o

Une observation de MOYSON et de SCOVILLE - 1955 -

(Cité par LEGER)

- Femme de 45 ans, traitée depuis 12 ans pour syndrome ulcéreux, hospitalisée pour hématomèse, récurrence d'un accident identique survenu il y a 1 an.

- Intervention :

Gastrotomie antrale négative.

Biopsie hépatique négative.

La malade continuant à saigner, réintervention.

- Gastrotomie : verticale sur le fundus.

Trois ulcérations planes recouvertes d'un enduit crémeux sous la jonction cardio-oesophagienne.

Trois artérioles béantes pointent au milieu de l'une de ces ulcérations.

- Gastrectomie : guérison (recul de 2 ans).

o

2 observations de MIALARET et EDELMANN - 1955 -

Obs. 1 - Femme de 56 ans, traitée depuis 8 jours par la Butazolidine, admise d'urgence pour un méloena profus, durant depuis 3 jours, en état d'anémie aiguë.

Pas d'antécédent digestif.

Une hématomose importante entraîne l'intervention.

- Gastrotomie antérieure : sur la face postérieure, haut située, à mi-distance des courbures, présence d'une exulcération de 2 cm de diamètre ; au centre, la lumière d'un vaisseau.

La paroi alentour est normale.

- Gastrectomie étendue. Anastomose gastro-duodénale type PEAN.

Guérison.

o

Obs. 2 - Femme de 61 ans, traitée par Butazolidine, puis par Irgapyrine, pour rhumatisme. Arrêt depuis 1 mois.

Hospitalisée d'urgence pour hématomoses abondantes, compliquant un meloena durant depuis 8 jours.

L'examen radiologique est négatif.

Intervention devant la répétition des hématomoses.

- Gastrotomie : Exulcération plane de 1 cm de diamètre sur la face postérieure, à 2 cm de la petite courbure, à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen de la portion verticale de l'estomac. Lumière vasculaire béante au fond. Artère de 1 mm de diamètre.

- Gastrectomie : anastomose type POLYA.

o

5 Observations de LEGER, DETRIE, ARNAVIELHE - 1957 -

Obs. 1 - Femme de 47 ans, hospitalisée pour hématomoses récidivantes durant depuis 6 jours. Aucune étiologie évidente. Pas de passé digestif.

Antécédents de tuberculose pulmonaire. Notion de prise d'Aspirine (4 g par jour pendant 4 jours) la semaine précédente.

Intervention le jour suivant l'admission devant la récurrence des hémorragies.

- Gastrotomie : En dépliant la muqueuse, sur le versant postérieur de la petite courbure, à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen, perte de substance plate et sans bords, de 1 cm de diamètre. Artériole saignant en jet au fond.

Excision. Suture. Guérison.

- Examen histologique : Ulcération pariétale superficielle.

o

Obs. 2 - Femme de 58 ans, présentant depuis 3 ans des troubles digestifs évoquant un ulcère, est admise pour des douleurs à type de brûlures épigastriques.

Examen radiologique: pas d'image ulcéreuse probante.

Biligraphie : vésicule exclue, le cholédoque est dilaté avec lithiase.

Décédée au 10^e jour au cours d'une hématomèse de sang noir.

- Autopsie : Périviscérite dense du canal hépatique, vésicule et cholédoque : lithiase des voies biliaires.

Dans la région pré-pylorique, ulcération plate avec une artère de moyen calibre béante au centre.

- Histologie : Lésion ulcéro-nécrotique aiguë qui ouvre une ou sinon deux artères de gros calibre dont une fait saillie sur la surface. Au fond de l'ulcère, une coupe objective une communication artério-veineuse.

Pour la lithiase : Adéno-carcinome vésiculaire avec extension au parenchyme hépatique.

o

Obs. 3 - Femme de 67 ans, ulcère de la petite courbure avec images touchant le pancréas, depuis plusieurs années.

Hospitalisée pour hématomèse et méloena important.

20 heures après l'admission, intervention devant une nouvelle hématomèse.

- Estomac souple, normal extérieurement.

A la gastrotomie, ulcère plat du versant postérieur de la petite courbure, de 1 cm de diamètre, avec un petit vaisseau qui saigne.

Gastrectomie large. Guérison.

- Examen anatomo-pathologique :

Ulcération de la muqueuse, musculaire-muqueuse et entamant la sous-muqueuse. Au fond sclérose collagène très cellulaire. La nécrose détruit également la paroi d'un gros vaisseau artériel dont la lumière est comblée par un caillot fibrino-cruorique. Endartérite légère du vaisseau.

o

Obs. 4 - Homme de 48 ans, hospitalisé pour hématomèse brutale, sans aucun antécédent digestif.

Hématémèses récidivantes les jours suivants.

Apparition d'un délirium tremens.

La spléno-portographie montre une rate de volume normal.

Aucune opacification du tronc spléno-portal.

Les radios gastriques ne révèlent pas d'image caractéristique.

- Intervention : Exploration négative. Foie d'aspect normal. A la gastrotomie : sur le versant postérieur de la petite courbure, à la partie inférieure du segment vertical, exulcération de la taille d'un grain de blé, d'où s'écoule par saccado, un jet de sang.

Résection par "en dedans". Suture.

Suites opératoires : bonnes.

- Examen anatomo-pathologique :

Ulcération muqueuse, musculaire-muqueuse et partiellement sous-muqueuse. Réaction scléro-granulomateuse du fond.

Intégrité de la musculature.

Volumineux axe vasculo-nerveux en regard de l'ulcération.

Une grosse artère de la sous-muqueuse occupe le fond de l'ulcération où sa paroi est ulcérée largement. Caillot fibrino-cruorique en regard.

Obs. 5 - Homme de 50 ans, hospitalisé pour hématomèse et melaena depuis 3 jours.

Malade éthylique, antécédents de douleurs gastriques à type de brûlures et d'hématémèses.

Décédé au cours de l'intervention.

- A la laparotomie : aspect normal de l'estomac et du duodénum.

Gastrotomie : muqueuse congestive avec suffusions sanguines.

Prélèvement de l'estomac et examen à plat :

Sur la face postérieure de la grosse tubérosité, une ulcération plate à bords atones, d'un demi-centimètre de diamètre, au centre zone ecchymotique.

- Examen anatomo-pathologique

Ulcération de la muqueuse, musculaire-muqueuse et de la sous-muqueuse.

Au fond de l'ulcération, sclérose jeune.

Une artère profonde de la sous-muqueuse, provenant d'un axe vasculaire sous-séreux est largement ouverte. Elle est le siège d'une endartérite.

Muqueuse congestive et inflammatoire.

o

Une observation de CANDARDJIS et RABINOWICZ - 1957

- Femme de 35 ans, hospitalisée pour hématomèse brutale suivie de melaena.

Antécédents : hématomèse et melaena répétés depuis de nombreuses années.

Devant la récurrence des hémorragies digestives, un transit baryté d'urgence est pratiqué.

En très faible remplissage, au 1/3 supérieur du corps gastrique, petite ulcération de la face postérieure avec une microlacune centrale réalisant l'aspect en cocarde.

Transfert en chirurgie et intervention.

Gastrectomie emportant les 3/4 de l'estomac.

Ouverture de la pièce : sur la face postérieure, à 1 cm de la section supérieure, lésion ulcérée de 7 mm de diamètre centrée sur une artère rompue, obturée par un thrombus frais.

Coupes sériees : sous-muqueuse fibreuse, un peu épaissie. Infiltrat lympho-plasmocytaire.

Dans la sous-muqueuse, artère tortueuse, d'assez gros calibre, proémine au fond de l'ulcération. Sa paroi est nécrosée et oblitérée par un caillot.

On peut suivre l'artère qui, issue de la sous-séreuse, remonte obliquement vers la surface en traversant toute la musculuse et la sous-muqueuse.

Le paquet vasculo-nerveux en entier passe de la séreuse à la sous-muqueuse.

o

Une observation de ROY - 1958 -

- Femme de 75 ans, hospitalisée d'urgence pour anémie aiguë.

Examen radiologique négatif.

Hématémèse et melaena se reproduisent malgré le traitement médical.

Au 9e jour, devant l'aggravation de l'état de la malade: intervention.

Gastrotomie antérieure : deux exulcérations de la face postérieure de l'estomac, dont l'une intéresse un vaisseau.

Gastrectomie segmentaire : suites simples.

- Histologie : Ulcération ne dépassant guère la musculaire-muqueuse et érodant largement une artère qui est le siège d'une endartérite sténosante.

o

Une observation de BORIES, AZEAU - 1958 -

- Homme de 47 ans, hospitalisé pour hématomèse massive et récidivante.

Pas d'antécédent digestif particulier, sauf un syndrome dyspeptique transitoire 3 ans auparavant, sans traduction radiologique.

- Un examen radiologique fait en urgence montre sur le cliché un Trendelenbourg, une image anormale de la région cardio-tubérositaire, d'interprétation difficile.

- Intervention : gastrotomie longitudinale : sur la face postérieure de la grosse tubérosité, près du cardia, ulcération superficielle.

Gastrectomie fundique. Suites simples.

- Examen anatomo-pathologique :

Ulcération atteignant la sous-muqueuse, centrée sur une ulcération vasculaire, entourée de tissu inflammatoire avec quelques cellules géantes non spécifiques.

o

Une observation de EDELMAN - 1959 -

- Femme de 34 ans, admise d'urgence pour hématomèses abondantes et récidivantes.

Aucun passé digestif.

Depuis 10 jours, méléna et douleurs épigastriques discrètes.

L'interrogatoire révèle que la malade fait une consommation importante d'Aspirine, jusqu'à 10 comprimés en une matinée ! Les doses ont été augmentées lors des petits malaises de ces derniers jours.

Un traitement médical est entrepris mais devant la récidive des hématomèses, l'intervention est pratiquée.

Gastrotomie antérieure : Estomac plein de sang. Après recherche patiente, découverte sur la face postérieure à mi-hauteur de sa portion verticale, d'une exulcération plane de 6 x 3 mm, entourée de muqueuse normale. Au centre fait sail-

lie de 2 mm un vaisseau de 1 mm de diamètre dont on voit la lumière béante, qui saigne en jet dès qu'on effleure son extrémité.

Points en X de part et d'autre du vaisseau prenant toute la longueur de l'exulcération.

Suites opératoires simples.

o

2 Observations de BREMER et De GRAEF - 1960 -

Obs.1 - Femme de 37 ans, gêne épigastrique depuis 4 ans, hospitalisée à la suite d'une hématomèse suivie d'un méloena abondant.

Récidive 3 jours plus tard, entraînant l'intervention.
Estomac normal extérieurement.

Gastrotomie : Petite exulcération de 3 mm de diamètre, haut située sur la petite courbure; au centre, élément en saillie qui saigne en jet lors de son affleurement par un tampon.

Gastrectomie type POLYA. Guérison.
Section au ras de la lésion.

o

Obs. 2 - Femme de 74 ans, Antécédent : hémorragie digestive 10 ans auparavant, par ulcère gastrique (radios). Hospitalisée pour hématomèses.

Une gastroscopie faite le lendemain montre une petite hernie hiatale et du sang frais dans l'estomac.

Intervention à la suite d'une récidive.

Découverte de la cicatrice d'un ulcère pylorique.

Après gastrotomie, au fond de la poche à air, présence d'une ulcération ovalaire, superficielle, de 1 cm de diamètre. En un point, caillot punctiforme obstruant un orifice dans la paroi d'un vaisseau.

Excision locale. Suites simples.

- Examen histologique : Ulcération dont le fond est constitué par un granulome inflammatoire en poussée subaiguë. A la surface, une artère thrombosée en voie de reperméabilisation. Paroi infiltrée de polynucléaires. Toutes les artères sont scléreuses.

o

3 Observations de LAUMONIER - 1960 -

Rapporte trois cas d'exulcération simple : deux cas chez des femmes de 54 et 73 ans, un cas chez un homme de 54 ans.

Aucun malade n'avait d'antécédents digestifs.

- Hématémèse foudroyante ayant entraîné la mort avant toute intervention chez les deux femmes.

- Chez l'homme, résection limitée de la zone pathologique.

- Caractères anatomo-pathologiques :

Aucune lésion de la surface externe de l'estomac.

A l'ouverture, en territoire souple, découverte de la lésion :

1) deux ulcérations en coup d'ongle de la grosse tubérosité dans un cas,

2) deux ulcérations arrondies de 1 cm de diamètre à la partie moyenne sur la face antérieure dans un autre cas,

3) une ulcération de 5 cm x 3 cm à la partie haute de la face postérieure dans la troisième observation.

Dans les trois cas : artère décapitée.

- Histologie :

Exulcérations de la muqueuse et de la musculaire-muqueuse qui entament à peine la sous-muqueuse.

Au fond de l'ulcération une artériole décapitée ; le pôle profond est intact.

Dédifférenciation et atrophie des tubes fundiques.

Infiltration cellulaire.

Epaississement de la sous-muqueuse avec une sclérose jeune, congestive.

Pas d'endartérite des vaisseaux.

Observations d'images typiques d'artérioles à coussinet, dans la sous-muqueuse.

°

3 observations de O. GIERSBERG - 1962 -

Obs.1 - Homme de 39 ans, sans antécédent digestif .
Hématémèses récidivantes qui entraînent l'intervention 8
jours après le début des hémorragies.

Gastrectomie subtotale et Billroth II.

Nouvelles hématémèses 15 jours plus tard.

Un examen radiologique du reste de l'estomac met en évidence une fistule duodénale.

Nouvelle laparotomie, découverte d'une perforation dans le duodénum et d'un abcès. Cure chirurgicale et drainage de l'abcès.

Quatre jours plus tard, exitus.

- Autopsie : sur le moignon gastrique, au niveau de la paroi antérieure, à 5 cm du cardia, près de la petite courbure, découverte d'une micro-ulcération, au fond proémine un vaisseau du diamètre d'une aiguille à tricoter.

- Histologie : Ulcération atteignant la musculaire mucosae. Dans la sous-muqueuse, une artère sinueuse de 1 mm de diamètre, présente une effraction de 0,2 mm de sa paroi au fond de l'ulcération.

Fibrose de l'intime.

°

Obs. 2 - Homme de 58 ans, aucun passé digestif. Hématémèses récidivantes.

Décédé au bout de 15 jours en dépit de la réanimation, avec une poussée thermique à 38° la veille.

- Autopsie : dans la région du Fundus, à 4 cm du cardia, près de la petite courbure, perte de substance avec au fond un vaisseau du diamètre d'une aiguille à tricoter. Effraction de la paroi du vaisseau, obstruée par un caillot.

- Histologie : Ulcération atteignant la musculaire mucoqueuse érodant une paroi artérielle.

Artère de la sous-muqueuse de 1,2 mm de diamètre avec une érosion de 0,25 mm.

Infiltration inflammatoire.

°

Obs. 3 - Homme de 68 ans, sans antécédents digestifs.

Fait une chute d'un arbre fruitier. Traumatisme crânien avec perte de connaissance.

Hématémèses survenues 10 jours après l'accident.
Exitus.

- Autopsie : Présence de sang dans l'estomac.

Sur la paroi postérieure, à 5 cm du cardia, perte de substance avec une artère érodée.

- Histologie : Ulcération atteignant la musculaire-muqueuse, effraction de la paroi d'une artère sous-muqueuse.

Infiltration inflammatoire de la sous-muqueuse.

°

4 Observations de ECK - 1962 -

Obs.1 - Homme de 62 ans, aucun antécédent digestif.

Hématémèse brutale et melaena.
Décédé peu avant l'intervention.

- Autopsie : Estomac et anses intestinales pleines de sang. Sur la paroi postérieure, près du cardia, il existe une perte de substance superficielle, de la taille d'une lentille, au niveau d'un repli muqueux. Au centre, deux lumières artérielles.

- Histologie : Identique au cas suivant.

°

Obs. 2 - Homme de 42 ans, antécédent d'ulcère duodénal depuis 20 ans. Lipothymies et meloena à répétition.

- Intervention : gastrotomie négative. Fermeture.

Décédé quelques jours plus tard.

- Autopsie : Sur la paroi antérieure du Fundus on découvre une artère érodée au centre d'une érosion.

- Histologie : Erosion de la muqueuse et de la musculaire-muqueuse. La sous-muqueuse n'est pas modifiée.

Une grosse artère sous-muqueuse présente une effraction de sa paroi au niveau du fond qui est à l'origine de l'hémorragie.

o

Obs. 3 - Homme de 75 ans, présente une insuffisance ventriculaire droite, des bronchiectasies, une cirrhose.

Survenue d'un meloena brutal accompagné de douleurs abdominales entraînant le décès.

- Autopsie : Au milieu de la petite courbure, il existe une perte de substance de la taille d'une lentille avec une artère érodée. D'autre part, l'estomac est le siège d'une gastrite chronique atrophique.

- Histologie : Perte de substance atteignant la musculaire-muqueuse avec une artère érodée au fond.

o

Obs. 4 - Femme de 77 ans, aucun antécédent digestif.

Hématémèse brutale, récidivante.

Décédée au bout de 10 jours. Pas d'intervention.

- Autopsie : A mi-distance du cardia et du pylore, sur la petite courbure, une érosion de la taille d'une lentille avec une artère érodée.

- Histologie : Gastrite chronique.

Erosion de la muqueuse et de la musculaire-muqueuse intéressant une artère.

Une observation de MANDELBAUM - 1962 -

- Homme de 66 ans, antécédents d'hématémèse il y a 15 ans pour ulcère. Hospitalisé pour hématémèses récidivantes et meloena.

- A l'examen radiologique : suspicion d'ulcère prépylorique et petite hernie hiatale.

L'oesophagoscopie est négative.

Malgré le traitement médical, reprise des hématémèses avec chute tensionnelle. Malade transféré en chirurgie.

- Intervention : découverte à la gastrotomie d'une petite ulcération pulsatile de la région pylorique, recouverte par un caillot. Gastrectomie subtotale.

- Examen histologique :

Il existe une petite ulcération muqueuse de 4 mm qui communique avec un caillot à la fois ancien et récent, lié à la rupture de la paroi d'une artère sous-muqueuse qui est de plus thrombosée.

o

3 observations de BORGER - 1963

Obs.1 - Homme de 20 ans. Antécédents d'anémie inexpliquée. Pas d'antécédent gastrique si ce n'est quelques jours avant l'apparition d'une hématémèse brutale. L'hématémèse en 2 temps conduit à l'intervention.

On pratique une gastrectomie type Billroth II.
L'évolution post-opératoire est simple.

- Sur la pièce de résection on trouve sur la paroi postérieure une érosion superficielle de la taille d'une lentille, avec une artère érodée de 1 mm de diamètre.

Il existe alentour un infiltrat inflammatoire.

o

Obs. 2 - Homme de 52 ans, aucun antécédent gastrique. Hématémèse brutale en deux temps.

A l'intervention l'estomac est vide, la paroi normale. On ne fait pas de résection. Deux jours plus tard, le malade est emporté par une nouvelle hématomèse.

- A l'autopsie : on trouve près de la petite courbure à 7 cm du cardia, une perte de substance de 1 cm de diamètre environ avec au centre une artère érodée.

o

Obs. 3 - Homme de 64 ans, aucun antécédent. Hématomèse brutale.

A l'intervention, l'estomac est rempli de sang.
Gastrectomie subtotale type Billroth II.
Décès 3 jours après par reprise de l'hématomèse.

- A l'autopsie : cirrhose du foie avec varices oesophagiennes.

Sur la paroi postérieure du moignon gastrique, existe une perte de substance avec une artère érodée au centre.

o

4 Observations de CHAPMAN et LAPI - 1963 -

Obs.1 - Homme de 56 ans, présentant depuis 6 mois des douleurs épigastriques non caractéristiques, est hospitalisé pour des hématomèses massives et un méloena.

Nouvelles hématomèses le jour suivant. Choc et mort peu après.

- Autopsie : Muqueuse pâle avec une ulcération ellipsoïde de 2 mm sur la paroi antérieure à 7 cm du pylore, à bords souples, avec une artère perforée à sa base.

o

Obs. 2 - Homme de 72 ans, hospitalisé pour cancer de la langue. Traité par radiothérapie.

D'autre part, cirrhose remontant à 12 ans. Angine de poitrine depuis 7 ans.

Diarrhée sanglante.

Mort au bout de deux jours.

La radiographie de l'estomac, faite 10 jours avant, était normale.

- Autopsie : Une petite ulcération de 4 mm de diamètre sur la paroi antérieure, à 2 cm du pylore. Une petite artère est présente à la base. Sa paroi, épaissie, est érodée et la lumière est obstruée par un caillot de 3 mm.

°

Obs. 3 - Homme de 73 ans, hospitalisé pour hématomésés et méloena.

Antécédents : hématomésés récidivantes en 1950 pour ulcère duodénal.

Pyélonéphrite et lithiase rénale.

- Intervention : gastrotomie blanche.

Gastrectomie subtotale et gastro-jéjunostomie devant l'état clinique.

Suites simples.

- Examen de la pièce : Ulcération irrégulière de 0,4 cm de diamètre sur la paroi postérieure à 5 cm du pylore en paroi souple. Une petite artère rompue à la base. Musculeuse et séreuse normales.

- Une exploration radiologique faite 18 jours avant était normale.

°

Obs. 4 - Femme de 84 ans, admise pour hématomésé et méloena récidivants.

En dépit du traitement médical, choc et exitus au 12^e jour.

Un examen radiologique pratiqué au 5^e jour est normal et ne met en évidence qu'un diverticule du 2^e duodénum.

- Autopsie : Ulcération de 1 cm de diamètre sur la petite courbure, à 4 cm de la jonction cardio-oesophagienne, en paroi souple. Au centre, large artère de 2 mm de diamètre avec une petite ulcération.

Une observation de RONALD et GOLDMAN - 1964 -

- Homme de 93 ans, sans antécédent digestif, hospitalisé pour oedème des membres inférieurs et ascite ; présente brutalement quelques heures après son admission, une hématomèse abondante, récidivante, suivie de melaenas (pendant 2 jours).

- Une gastrotomie exploratrice est pratiquée 3 jours plus tard, devant la reprise des hématomèses.

Découverte de minuscules érosions superficielles de 1-2 mm sur les deux courbures. Pas de point hémorragique.

- Gastrectomie subtotale à l'aveugle, et gastro-duodénostomie.

Le malade continue à saigner et meurt 3 jours plus tard.

- Autopsie : Estomac et anses intestinales pleins de sang. A 4 cm de la jonction cardio-oesophagienne, sur la petite courbure, un vaisseau de 2 mm de diamètre est perforé. Il est situé au centre d'une ulcération.

- Examen histologique : Artère de la sous-muqueuse tortueuse, érodée en un point où elle se rapproche de la muqueuse gastrique qui est ulcérée. La lumière artérielle est obstruée par un petit amas de fibrine.

Pas de modification de la paroi artérielle, sauf une fibrose de l'intima.

Infiltration inflammatoire de la muqueuse.

Aucune autre lésion de la paroi de l'estomac n'est notée par ailleurs.

o

Une observation de GIARELLI et PICCOLI - 1964 -

- Femme de 85 ans, grabataire depuis 15 ans (col du fémur). Hématomèse brutale qui se répète au bout de 5 jours.

Décédée 10 jours après le début des accidents hémorragiques.

- Autopsie : A l'ouverture, estomac plein de liquide hémorragique.

A 4 cm de la petite courbure et à 6 cm du cardia, sur la paroi postérieure, présence d'une petite ulcération de la grosseur d'une lentille. Au centre, une artère fait hernie. Sa paroi est érodée et perforée.

- Examen anatomo-pathologique :

Gastrite atrophique.

Sur des coupes sériées : axe vasculo-nerveux avec une artère de gros calibre, qui se déplace de la partie profonde de la sous-muqueuse vers la lumière gastrique, dans un trajet très tortueux. L'artère vient faire hernie au fond de la muqueuse ulcérée et présente à ce niveau un segment anastomotique avec une artère voisine.

Nécrose de la paroi avec infiltration inflammatoire.

Modification des fibres élastiques de la paroi de l'artère et du segment anastomotique localisée à la zone ulcérée.

o

4 observations de MAGENDIE et Coll. - 1965 -

Obs.1 - Femme de 52 ans, hématomésés récidivantes. Pas de passé ulcéreux. Absorption massive d'Aspirine 4 jours auparavant pour syndrome grippal.

Le transit gastro-duodénal fait en urgence est négatif.

Deux jours après son admission, la reprise de l'hématémèse entraîne une intervention d'urgence.

Laparotomie : négative.

- A la gastrotomie : ulcération plane sous-cardiale, non loin de la petite courbure, avec une artériole saignant en jet.

Gastrectomie distale des 2/3 type Finsterer.
Guérison.

- Histologie : Ulcération Simplex à l'emporte-pièce intéressant la muqueuse et la sous-muqueuse avec ouverture d'un vaisseau ne présentant pas de lésion d'endartérite.

o

Obs.2 - Homme de 62 ans, hypertendu habituel : 22/11.

Hématémèses de grande abondance entraînant une chute tensionnelle à 12/9.

Antécédents : dyspepsie traînante type hyposthénique. Ethylisme chronique.

Aucun signe d'hypertension portale.

Le transit baryté fait en urgence est normal. Cependant, image suspecte au niveau du bulbe.

Reprise de l'hémorragie le soir même, qui entraîne l'intervention.

Laparotomie : négative.

- Gastrotomie : gastrite hypertrophique à gros plis. Après évacuation des gros caillots de l'estomac, au bout d'une demi heure de recherche, ulcération plane avec érosion artérielle en son centre, dans la région sous-cardiale antérieure, non loin de la petite courbure.

- Gastrectomie de 2/3.

Exitus à la 48e heure dans un tableau d'hémorragie cérébro-méningée.

o

Obs. 3 - Femme de 88 ans, hématémèse brutale amenant une chute tensionnelle à 8 de maxima, au décours d'une intervention sur le tube digestif (occlusion du grêle sur bride sans résection intestinale).

Aucun antécédent **ulcéreux**. La malade a reçu une réanimation ordinaire par corticothérapie.

Traitement médical par transfusions sanguines entrepris bien que la malade soit du groupe O négatif.

Nouvelle hématémèse. Réanimation rapide. Intervention.

- A la gastrotomie : ulcération plane avec une artère saignant en jet sur la partie haute de la grande courbure.

Hémostase directe à la soie.

Le reste de la muqueuse est parsemée de petites ulcérations en coup d'ongle ecchymotique.

Exitus à la 48e heure.

- Autopsie : Absence de récurrence hémorragique au niveau du tractus digestif.

- Histologie : Multiples pertes de substance atteignant la musculaire-muqueuse.

Oedème de la sous-muqueuse avec des capillaires congestifs et dilatés.

°

Obs. 4 - Homme de 35 ans, sans antécédent ulcéreux. Hématémèse de grande abondance avec collapsus.

Prise d'Aspirine une semaine auparavant pour angine.
Le transit oeso-gastro-duodénal est négatif.
La reprise de l'hémorragie entraîne l'intervention.
Laparotomie exploratrice négative.

- Gastrotomie : Ulcération plane juxta et sous-cardiale, non loin de la petite courbure, avec une artériole saignant en jet. Hémostase directe à la soie.

Suites simples.

°

4 Observations de MOBIUS - 1965

Obs.1 - Femme de 61 ans, antécédent d'ulcère 10 ans auparavant; depuis 4 mois douleurs gastriques, hospitalisée pour hématémèses.

Intervention : gastrectomie des 2/3.
Suites simples. Guérison.

- Examen de la pièce : A 15 cm du pyllore, sur la paroi postérieure de la petite courbure, érosion d'un vaisseau à paroi épaissie au centre d'une ulcération.

- Examen histologique :

Perte de substance de la taille d'une lentille, au centre une artère est érodée, pas de thrombus.

Infiltration lympho-histiocytaire de la sous-muqueuse.

Obs. 2 - Homme de 43 ans, ayant eu 20 ans auparavant un ulcère du duodénum. Présente une hémorragie brutale.

Intervention : érosion avec une artère qui saigne sur la paroi postérieure.

Excision. Guérison.

- Examen : Erosion de la taille d'une tête d'épingle, atteignant la musculaire-mucosae.

Erosion d'une artère qu'on peut suivre sur des coupes sériees, qui traverse toute la musculuse et se dirige vers la lésion.

Oedème de la sous-mucueuse.

Infiltration lympho-histiocytaire.

o

Obs. 3.- Femme de 70 ans, sans antécédent digestif .

Asthmatique, traitée par des corticoïdes depuis 3 mois $\frac{1}{2}$, présente une hématomèse brutale et récidivante entraînant la mort.

- Autopsie :

Ulcère chronique de la paroi postérieure de l'estomac.

Erosion de Dieulafoy à la source de l'hémorragie (examen histologique) sur la paroi antérieure à deux doigts de la petite courbure.

o

Obs. 4 - Femme de 65 ans, sans antécédents digestifs.

Maladie mitrale. Décédée dans un tableau d'embolie pulmonaire.

Autopsie :

Sur la paroi antérieure de l'estomac, au milieu, ulcération de la taille d'une lentille.

Exulceratio simplex (examen histologique).

4 Observations de STREICHER - 1966 -

Obs. 1 - Homme de 35 ans, sans antécédent digestif , hospitalisé pour hématomésés brutales et choc.

Une gastrotomie ne met pas en évidence l'origine de l'hémorragie.

Réséction des 2/3 à l'aveugle et Billroth II.

Dans les suites opératoires : l'hémorragie se poursuit et la mort survient en quelques heures.

- Autopsie :

Erosion de 2 mm au milieu de laquelle proémine une lumière vasculaire.

o

Obs. 2 - Femme de 62 ans, hospitalisée pour hématomésés brutales.

Intervention au 3e jour.

Laparotomie négative.

Gastrotomie du 1/3 supérieur de l'estomac : près de la petite courbure, présence d'une ulcération de la taille d'une lentille, superficielle, avec un vaisseau thrombosé.

Gastrectomie des 2/3, Billroth II.

o

Obs. 3 - Femme de 50 ans, admise pour hématomésé durant depuis plusieurs jours.

Intervention : Gastrotomie : près de la petite courbure, découverte d'une ulcération plane, de la taille d'une lentille avec un vaisseau érodé au centre.

Gastrectomie des 2/3, Billroth II.

Décédée dans les suites opératoires.

o

Obs. 4 - Femme de 74 ans, pas d'ascite, ni de cirrhose. Admise pour hémorragies de survenue brutale.

Intervention.

Gastrotomie : sur la paroi postérieure, exulcération plane de la taille d'une lentille avec une artère érodée qui saigne en jet.

Excision. Suture.

- Examen histologique :

Défaut de substance touchant la sous-muqueuse.

Artère érodée, en partie obstruée par un caillot organisé.

o

3 observations de FIXA - 1966 -

Obs. 1 - Homme de 61 ans, hospitalisé pour hématomèse plus collapsus. Aucun antécédent digestif.

Les examens radiologiques sont normaux.

Décédé 3 jours après son admission en état d'anémie aiguë.

- Autopsie : A 5 cm du cardia, près de la petite courbure, il existe une perte de substance de 5 mm de diamètre.

- Examen : Erosion muqueuse avec une infiltration de cellules inflammatoires.

Artère de grand calibre qui se dirige vers la lésion et qui est érodée en un point.

o

Obs. 2 - Homme de 28 ans, admis pour hématomèse et douleurs épigastriques depuis 1 jour.

Examen normal.

6 jours après l'admission, récurrence et décès du malade.

- Autopsie : à 6 cm du cardia, sur la petite courbure, une petite ulcération de la taille d'une lentille.

- Examen histologique :

Coupes sériées de la zone ulcérée.

Un large vaisseau de la sous-muqueuse, près de la musculature mucosae est décapité et obstrué par un caillot.

Obs. 3 - Femme de 52 ans, hospitalisée pour hématoméses récidivantes. Pas d'intervention devant l'état de la malade. Malgré la réanimation, la mort survient 6 jours après les premiers symptômes.

- Autopsie : sur la paroi postérieure de l'estomac, à 5 cm de la jonction cardio-oesophagienne, il existe une petite érosion muqueuse où proémine un vaisseau de 1 mm de diamètre.

- Examen histologique :

Erosion muqueuse au fond de laquelle existe un vaisseau de grand calibre, avec une média très développée. Sur d'autres coupes, la paroi de ce vaisseau est rompue et il s'ouvre dans la lumière de l'estomac.

A côté de cette artère, il existe d'autres vaisseaux dilatés avec une média importante dans la paroi gastrique.

o

3 Observations de ROSSI et Coll. - 1968 -

Obs. 1 - Garçon de 20 mois, hospitalisé en état de choc profond. On élimine une hémophilie.

L'examen radiologique du tractus gastro-intestinal est normal.

Gastrotomie large : après recherche soigneuse, découverte d'une petite érosion sans ulcération, ni réaction de voisinage avec une artère saignant au centre.

Excision. Suture.

o

Obs. 2 - Femme de 68 ans, admise pour hématomèse et meloena durant depuis une semaine. Aucun antécédent évoquant un ulcère.

Le transit oeso-gastro-duodénal est normal.

Gastrotomie : érosion superficielle du Fundus avec un point saignant.

Gastrectomie partielle.

Obs. 3 - Homme de 75 ans, sans antécédent particulier, hospitalisé pour choc hémorragique. Pas de prise médicamenteuse.

L'examen est négatif. Le transit oeso-gastro-duodénal est normal.

Gastrotomie :

Pas d'anomalie évidente.

Le sang semble provenir du fond de l'estomac.

Gastrectomie des 2/3.

- Histologie des lésions :

Petite artère saignant, sans anévrysme évident, ni inflammation, ni artériosclérose.

o

2 Observations de SAVA et ADLOFF - 1968 -

Obs. 1 - Homme de 29 ans, hospitalisé pour hématoméses qui persistent depuis trois jours.

Intervention deux heures après l'admission.

Gastrotomie : Au niveau de la face postérieure, en son tiers moyen, une petite ulcération en coup d'ongle, où un petit vaisseau saigne en jet.

Excision. Suture.

Suites simples. Pas de récurrence (recul de 3 ans).

- Examen de la pièce : exulcération aiguë nécrotique, extérieurement superficielle, avec artériole intéressée.

o

Obs. 2 - Femme de 43 ans, prend depuis 5 ans de la Triamcinolone pour asthme rebelle. 22 comprimés pendant les 10 jours précédant son hospitalisation pour hématoméses et méloena.

Intervention deux jours après l'admission devant l'aggravation des hémorragies.

Gastrotomie antrale : ulcération aiguë, petite, avec une artère du calibre d'une digitale, qui saigne en jet (hauteur : 20 cm au-dessus du champ opératoire), située sur la fa-

ce antérieure de l'estomac à 3 cm de la petite courbure, au niveau de sa partie inférieure.

- Examen de la pièce :

Minuscule fissuration au-dessus d'un nodule blanc saillant.

Paroi du vaisseau infiltrée par une substance fibroïde et sa lumière est partiellement obstruée par un thrombus récent.

B) "ULCERATIO SIMPLEX" MICROSCOPIQUES

Une observation de SACHS - 1892 - (Cité par MILLARD)

- Homme de 79 ans, sans antécédents digestifs.

Décédé à la suite d'hématémèses récidivantes au bout de quelques jours.

- Autopsie : Estomac plein de sang. Pas d'ulcération évidente.

Après examen minutieux au milieu de l'estomac, près de la petite courbure, petite protusion de 1,5 mm et de 5 mm de diamètre.

- Examen histologique : Petit thrombus obstruant la lumière d'une artère sous-muqueuse rompue en un point où elle décrit un arc dont la convexité affleure à la muqueuse.

Epaississement de l'intima.

Infiltration par des cellules rondes de la muqueuse gastrique.

o

Une observation de HIRSCHFELD - 1904 - (Cité par MILLARD)

- Homme de 38 ans, alcoolique et hémophile, qui a présenté durant la dernière année de sa vie 12 hématémèses très abondantes dont 10 ont nécessité l'hospitalisation.

Décédé lors de la 13e hématémèse au bout de 4 jours.

- Autopsie : sur la paroi postérieure de l'estomac un point de la grosseur d'une tête d'épingle.

- Histologie : sur des coupes sérieées : ulcération de 3 mm atteignant la sous-muqueuse, centrée sur une artère "anévrysmale" également rompue et obstruée par un caillot en partie organisé.

Infiltration de cellules rondes alentour.

o

Une observation de DONALDSON et HAMBLIN - 1950 -

- Homme de 55 ans, admis pour hématoméses récidivantes, présentait depuis 8 mois des brûlures épigastriques inconstantes et quelquefois un méloena.

Les explorations radiologiques du tube digestif sont négatives.

Intervention devant la poursuite des hématoméses.

Gastrotomie : Au milieu de la petite courbure, légèrement vers la paroi postérieure, un petit nodule noir est découvert avec un vaisseau qui saigne en jet au sommet. Pas d'ulcération visible.

- Gastrectomie subtotale et gastrojéjunostomie type POLYA.

- Histologie : Artère de 3 mm de diamètre, à paroi érodée et obstruée par un caillot, tortueuse, venant de la séreuse jusqu'à la base de la muqueuse et y retournant.

Epaississement de l'intima.

Infiltration inflammatoire.

o

Une observation de ALBRICH - 1951 - (Cité par MILLARD)

- Homme de 50 ans, sans antécédent gastrique présente brutalement des hématoméses récidivantes.

Une gastrotomie est négative.

Décédé au 9^e jour.

- Autopsie : Sur la partie postérieure, à 9 cm du cardia, présence d'un petit "anévrisme" de la taille d'une cerise. Pas d'ulcération visible macroscopiquement.

- Histologie : Artère dilatée, érodée, présentant une nécrose fibrinoïde de sa paroi.

Une observation de COOPER et FERGUSSON - 1953 -

- Femme de 37 ans, hospitalisée pour hématoméses récidivantes et méloena.

Aucun antécédent digestif notable.

Les examens radiologiques du tractus digestif n'ont montré aucune lésion ulcéreuse.

Devant la répétition des hématoméses : laparotomie exploratrice, et gastrectomie subtotale bien qu'aucune lésion n'ait été décelée.

Suites opératoires simples.

- Examen de la pièce : Deux petites ulcérations gastriques. Au fond de l'une d'elles, présence d'un vaisseau érodé et d'un caillot.

- Histologie : il s'agit d'une artère sous-muqueuse.

o

Une observation de RICHARD - 1955 -

- Homme de 40 ans, hospitalisé pour hématoméses abondantes et récidivantes. Pas d'antécédent digestif.

- Intervention :

Gastrotomie : artériole qui saigne en jet au niveau de la face postérieure de l'estomac dans sa partie moyenne. Points capitonnants en X sur le vaisseau.

Suites normales.

Pendant 2 ans, le malade se porte bien.

Puis récidive des hématoméses.

Numération formule sanguine : 1 800 000 globules rouges.

La gastrotomie est négative. Gastrectomie subtotale.

- Examen de la pièce :

Sur la face antérieure de l'antrum : une petite exulcération à la source de l'hémorragie actuelle.

Sur la face postérieure : le fil de la précédente ligature est retrouvé en muqueuse saine.

Une observation de MILLARD - 1955 -

- Homme de 46 ans, hématomèse brutale suivie de méloena.
Pas de passé digestif.

Traitement médical pendant 4 jours pendant lesquels surviennent de nouvelles hématomèses.

Décédé peu de temps après le début de l'anesthésie dans un grand vomissement de sang.

- Autopsie : Estomac normal extérieurement.

A l'ouverture : à mi-chemin de la petite et de la grande courbure, sur la paroi postérieure, présence d'un petit nodule brunâtre de 2 mm de diamètre, saillant de 1 mm. Pas d'ulcération visible macroscopiquement.

- Histologie : La muqueuse est détruite sur 3 ou 4 mm. Une large artère vient faire hernie à ce niveau et est perforée. La lumière est obstruée par un thrombus partiellement organisé. Infiltration lymphocytaire de la muqueuse.

o

Une observation de BAILEY - 1956 -

- Homme de 74 ans, hospitalisé pour hématomèses récidivantes durant depuis 8 jours.

Dans ses antécédents: hématomèse il y a 17 ans après un traumatisme. L'examen radiologique ne montre rien d'anormal au niveau de l'estomac.

Décédé malgré le traitement médical au bout de 17 jours.

- Autopsie : L'estomac est examiné après fixation.

Sur la paroi postérieure, à 3 cm du cardia et à 2 cm de la petite courbure, un petit nodule brun-rougeâtre est découvert. Des vaisseaux tortueux sont vus dans la paroi à ce niveau.

- Histologie : Artère tortueuse érodée en un point.

o

2 Observations de BREMER et de GRAEF - 1960 -

Obs. 1 - Homme de 31 ans, présentant une histoire gastrique au long cours, ayant nécessité de nombreuses interventions.

Nombreux accidents hémorragiques avec des examens radiologiques négatifs.

Hospitalisation au cours de la 7e hémorragie digestive.
Examen radiologique toujours négatif.

Intervention chirurgicale : aucune lésion à l'inspection et à la palpation de l'estomac.

Gastrotomie : sur la face antérieure de l'estomac, une artère saigne en jet au milieu d'une muqueuse d'apparence normale.

Ligature au lin.

Rémission de 10 jours, puis récurrence des hématomés.

Gastrectomie totale. Suites simples.

- Examen de la pièce : aucune lésion ulcéreuse vraie. Coupe au niveau de la zone de l'hémostase (1ère intervention), montrant une artère à paroi hypertrophiée et à réperméabilisation prenant l'aspect d'une angiomatose.

o

Obs. 2 - Homme de 51 ans, aucun antécédent pathologique. Hospitalisé pour hématomés graves.

GastroscoPie : aucune lésion n'est décelée.
absence de varices oesophagiennes
hémorragie de la partie haute de
l'estomac semble-t-il.

Les hématomés se répètent les jours suivants.

Intervention au 4e jour.

Exploration négative. Gastrotomie blanche.

- Gastrectomie de principe type POLYA.

Mais les hémorragies se poursuivent et réintervention 7 jours plus tard.

On découvre dans la poche à air, non loin du cardia, un gros pli muqueux qui saigne en jet après tamponnement.

Gastrectomie totale.

Suites opératoires difficiles mais guérison.

- Examen histologique : muqueuse très amincie recouvrant une volumineuse artère, non ouverte en surface sur les coupes examinées.

o

Une observation de G. BORGER - 1963 -

- Homme de 65 ans, antécédents de diabète et d'artérite, aucun antécédent gastrique. Présente une hématomèse brutale d'abord équilibrée par des transfusions. Le lendemain une récurrence de l'hématomèse entraîne l'intervention.

Au cours de l'intervention on trouve l'estomac plein de sang, mais aucune source à l'hémorragie.

On pratique une gastrectomie type Billroth II.
Deux jours après décès du malade.

- Sur la pièce d'exérèse on voit quelques zones de piqueté hémorragique. Il n'y a ni ulcère, ni érosion macroscopique.

- A l'histologie : une minuscule érosion de la muqueuse avec une artère érodée, de grand calibre. Le reste de la muqueuse est le siège d'une gastrite atrophique chronique.

o

3 Observations de FREEARK, NORCROSS, BAKER - 1966

Obs. 1 - Homme de 70 ans, opéré d'une fracture de la hanche, récemment hospitalisé pour hématomèses.

Intervention 20 heures après l'admission.

Gastrotomie : découverte d'une artère saignant en jet, entourée par une muqueuse normale, sur la petite courbure à 1 cm du cardia.

Suture du vaisseau.

Obs. 2 - Homme de 39 ans, alcoolique, hospitalisé pour hématomèse.

Intervention : 18 heures après l'admission.

Gastrotomie : lésion similaire au cas n°1.

Suture du vaisseau.

o

Obs. 3 - Homme de 55 ans, hospitalisé pour hématomèses.

Gastrotomie : lésion similaire de la région prépylorique.

Gastrectomie : distale

- Examen de la pièce : confirme la présence d'un large vaisseau anévrysmal sans ulcération peptique évidente.

(Rupture d'un vaisseau malformé ou scléreux de la sous-muqueuse de la paroi gastrique).

o

3 Observations de MONGES, DELMONT et Coll. - 1967 -

Obs. 1 - Homme de 58 ans, 8 hématomèses graves en deux ans.

Les examens radiologiques sont normaux ; deux interventions chirurgicales (gastrotomie blanche, gastrectomie des 2/3).

Reprise des hémorragies. Intervention.

- Gastrotomie du moignon : face postérieure de la calotte tubérositaire présence d'une artère de gros calibre saignant en jet.

Suture par deux points en X. Guérison.

Aucune récurrence (recul de 9 ans).

o

Obs. 2 - Homme de 63 ans, gastrectomisé pour ulcère du bulbe 28 ans auparavant. Hospitalisé pour melaena.

L'examen radiologique du tractus digestif est normal.

Intervention.

A la gastrotomie : artère saignant en jet dans la partie haute de la petite courbure.

Deux points en X. Guérison.

o

Obs. 3 - Homme de 79 ans, hospitalisé pour hématomèse et melaena non contrôlés par un traitement médical.

L'examen radiologique du tractus digestif est normal.

Gastrotomie : artère du calibre d'une radiale, saignant en jet, sur la petite courbure verticale près de la jonction oeso-gastrique.

Deux points en X.

Décédé 10 jours plus tard de complications post-opératoires.

- Histologie des lésions :

Artère à paroi saine, de gros calibre, serpentant dans la sous-muqueuse et formant une boucle que vient éroder une exulcération superficielle de la muqueuse par ailleurs saine.

Les "Exulceratio simplex" de Dieulafoy

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Mela- na	Di- vers		
GALLARD 1884	M	28	-	+			médical	décédé (2 jours)
GALLARD 1884	M	51	-	+	+		médical	décédé
LEPINE & BRET 1893	M	65	alcoolique	+			médical	décédé
GIRANDEAU 1893	F	30	-	+ fou- droy.			médical	décédée
GILBERT 1890	F	in- con- nu	ulcus gastrique	+			médical	décédé (quelques jours)
DIEULAFOY 1896	M	27	-	+	+	t° 39	médical	décédé (30 heures)
MICHAUX 1897	F	23	-	+			laparotomie (-) fermeture	décédée (11 jours)
BRAULT 1898	F	20	-	+	+	t° 40	médical	décédée (15 jours)
TIXIER & CLAVEL 1933	M	47	passé gas- trique re- montant à 4 ans	+	+	ané- mie ai- guë	laparotomie (-) ligature pédicule vasculaire P.C.	décédé (4 jours)

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profondeur	diamètre	Erosion	Paroi	Trajet	Calibre	Thrombus	
Paroi postérieure près de la P.C. près du cardia	érosion superficielle		artère perforée	athéro-sclérose		anévrisme		
Paroi postérieure 2 cm du cardia 7 cm de la P.C	érosion superficielle	grain	artère perforée			anévrisme		
non précisé	muqueuse M.M.	en coup ongle	artère perforée				obstrue la lumière	épaississement de la sous-muqueuse
non précisé	ulcération		section en un point			volumineuse		amas de leucocytes en profondeur
non précisé	muqueuse M.M.	pièce 50 cent.	orifice béant					
Paroi postérieure grosse tubérosité 1 cm cardia	muqueuse M.M.	pièce de 5 F	artère érodée et perforée	saine				abcès milliaires en profondeur de muqueuse thromboses veineuses
non précisé	muqueuse M.M.	pièce de 2 F	loupe: artériole béante - coupes: érodée sur un arc					
partie moyenne de la face post.	muqueuse M.M.	pièce de 50 C.	artère perforée	saine	venant de la prof.	important		infiltration lymphocytaire
versant ant. de la P.C. à 3 doigts de la coronaire stomachique	superficielle	pièce de 2 F	érodée et perforée			branche impt. coron. stomach.		2 autres ulcérations sm érosion artérielle sur versant post de la P.C. Gastrite int. P.C.

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melacna	Divers		
SCHEIDEG- GER 1933	M	24	-	+			laparotomie (-) gastrectomie (Finsterer)	décédé (2 jours)
MAY-GUG- GENHEIM & JEAUNET 1934	F	58	-	+			médical	décédée 15 jours
HOELZER 1936	M	84	athéro- sclérose	+			médical	décédé (14 jours)
DRABIG 1937	M	24	hématé- mèses 2 ans avant	+		anorexie douleurs épigas- triques	médical	décédé (12 jours)
DRABIG 1937	F	40	polyglobu- lie, hémor- ragie gas- trique lan avant	+	+	t 35	médical	décédé (24 h)
BIANCHEDI 1937	M	40	-	+			médical	décédé
KRIEGER 1950	M	46	hématémèses 4 ans avant	+			médical	décédé (5 jours)

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profondeur	diamètre	Erosion	Paroi	Trajet	Calibre	Thrombus	
autopsie: 2 cm du cardia	muqueuse, m.m.	1 mm	artère érodée & perforée		noeuds vas-seaux anév.	dilatée	thrombus recouvrant érosion	infiltration inflammatoire. Présence autres vaisseaux dilatés de la paroi.
paroi post.	ulcération plane		artère érodée & perforée					
paroi ant. 4cm du cardia -5cm de la P.C.	0,5mm	4 mm	artère érodée & perforée	intima épaisse perte éléments élast.	tor-tueuse		obstruée par un caillot	cicatrice ulcère duodénal. Infiltration de c.inflammatoires
paroi post. du fundus 13 cm du cardia	muqueuse m.m.	tête d'épingle	artère érodée & perforée		tor-tueuse	1mm	obstruée par un caillot	infiltration lymphocytaire -ascaris dans estomac
grande courbure 10cm du cardia ds le sommet d'l pli muqueux	muqueuse m.m.	tête d'épingle	artère érodée & perforée	perte éléments élastiques		1,5		infiltration eosinophile au voisinage; petite ulcération atteignant la m.m.
paroi post. 6 cm du pylore - 3cm de la pP.C.			artère perforée	intima épais. désorganisation élé.él.				infiltration à c.rondes
milieu de la paroi post. 4cm de la P.C.	muqueuse m.m.	un pois	artère érodée & perforée	normale	volvulée vers lum. gast.	gros	caillot fibrinocruorique	endocardite mitrale végétante

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena	Divers		
KRIEGER 1950	M	77	athérosclé- rose		diar- rhées sangl.		médical	décédé (18 jours)
DONALDSON & HAMBLIN 1950	M	59	aspirine douleurs épigastri- ques vagues depuis 5ans	+	+		laparatomie (-) gastrecto- mie sub- totale	reprise des héma- témèses gastrec- tomie tt. décédé
DONALDSON & HAMBLIN 1950	M	64	ictère sur cirrhose alcoolique 7 ans avt	+	+	choc	médical	décédé
PUJOL- POMMEPUY & HAFFNER 1951	F	60	dyspepsie hyperstén. dep.qqs. années	+			laparatomie (-) gastrecto- mie totale	guérison
CORNELIUS 1952	M	47	-	+			laparatomie (-) -gas- trect.subtt.	décédé
COOPER & FERGUSON 1953	F	37	troubles digestifs vagues	+		douleurs épigas- triques	laparatomie (-)-gastrec- tomie subto- tale à l'aveugle	guérison
COOPER & FERGUSON 1953	F	40	hématé- mèse 5j avant	+		nausées vomis- sements	gastrotomie + gastrectomie subtotale	guérison
COOPER & FERGUSON 1953	M	27	gigan- tisme	+	+	douleurs épigas- triques vagues	laparatomie (-) gastrecto- mie sub- totale	décédé (complé- cations post- opéra- toires)

Localisation de la lésion	L'ulcération profondeur	diamètre	L'artère sous-muqueuse					Particularités
érosion	paroi	trajet	calibre	thrombus				
paroi post. 10 cm du pylore	muqueuse m.m.		artère érodée & perforée	intima épaisse	tortueuse	gros	caillot de fibrine	cicatrice d'ulcère à 1cm de lésion actuelle
2e intervention paroi post.grande courbure	zone de 2mmx2	2 mm	artère érodée en un point	athérose	tortueuse (gastro-épip.G)		thrombus proéminent de 2mm	hypertrophie de la muqueuse cicatrice d'ulcère duodénal
P.C. 5 cm du cardia	zone profonde de 4mm au centre	1 cm	artère érodée en un point	sclérose	tortueuse (gastro-épip.G)	3mm	caillot organisé 2 mm	infiltration de c.rondes
Région de la P.C.	muqueuse m.m.	pièce de 1 F	artère béante au centre					
Autopsie P.C. à 5 cm du cardia			artère perforée	normale		1mm		
non précisé	2 petites érosions superf.		artère rompue au fond de l'une d'elles				obstruée par un caillot	cicatrice d'ulcère duodénal
partie haute de la P.C.	superficielle	8mm	artère érodée				thrombus partielle	
pièce de résection paroi post. près de la P.C.	superficielle	2,3x1,3 cm	artère érodée			faible		adénome éosinophile de l'hypophyse

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena	Divers		
DEMOLE 1953	F	76	HTA de- puis 10ans	+	+		médical	décédée (4 jours)
MOYSON & De SCOVIL- LE 1965	F	45	hématémèse 1 an avant syndrome ulcéreux dep.12 ans				gastrotomie antrale (-) réintervention gastrotomie fundique(+)gast. exclusion	guérison
MIALARET & EDELMAN 1955	F	56	phenyl-buta- zone depuis 8 ans (rhumatisme)		+	douleurs épigast. vagues	gastrotomie(+) gastrectomie subtotale (pean)	guérison
MIALARET & EDELMAN 1955	F	61	Butazolidine irgapyrine (rhumatisme)	+	+		gastrotomie(+) gastrectomie subtotale	guérison
LEGER & Coll. 1957	F	47	aspirine 4 g/j depuis 4 j	+			gastrotomie(+) excision suture	guérison
LEGER & Coll. 1957	F	58	troubles di- gestifs va- gues depuis 3 ans	+		brûlu- res épi- gastri- ques	médical	décédée (10 jours)
LEGER & Coll. 1957	F	67	ulcère de la P.C.	+	+		gastroto- mie (+) gastrec- tomie lar- ge	guérison

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profondeur	diamètre	érosion	paroi	trajet	calibre	thrombus	
P.C. 12 cm du mylore	muqueuse m.m.	1,8cm	artère érodée latéralement	paroi saine	tortueuse trajet anormal	1,5mm	thrombus en voie d'organisation	infiltration éosinophile de la sous-muqueuse
près du cardia	3 ulcération planes		artère béante au fond d'1 ulcération					
face post. à mi-distance des 2 courbures	plane	2cm	lumière artérielle béante					
paroi post. 2cm de la P.C. 1/3moyen 1/3inf.	plane	1cm	lumière béante			1mm		
versant post. de la P.C. 1/3 sup. 1/3 moyen	plate fond blanchâtre	1cm	artère au fond saignant en jet					
région pylorique	plane		ouverture d'1 ou 2 artères. lumière saillante de l'1 d'elles	normale		gros		adénocarcinome vésiculaire communication artério-veineuse au fond de l'ulcération
versant post. de la P.C.	plate muqueuse m.m.	1cm	artère érodée	endartériete modérée		gros	caillot fibrine cruorique	fond de l'ulcération sclérose collagène très cellulaire et vasculaire

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena	Divers		
LEGER & Coll. 1957	M	48	-	+			gastroto- mie (+) résection suture	guérison
LEGER & Coll. 1957	M	50	douleurs gastriques éthylisme nombreuses hématémè- ses	+	+	anémie aiguë	interven- tion	décédé au cours de l'inter- vention
CANDARDJIS & RABINO- WICZ 1957	F	35	hématémè- ses et me- loenas ré- pétés de- puis 15 ans	+	+		gastroto- mie (+) gastrocto- mie subto- tale	guérison
ROY 1958	F	75	-	+	+	anémie aiguë	gastroto- mie (+) gastrocto- mie seg- mentaire	guérison
BORIES AZEAU & Coll. 1958	M	47	syndrome dyspepti- que il y a 4 ans	+			gastroto- mie (+) gastrocto- mie fundi- que	guérison
EDELMAN 1959	F	34	aspirine 10-20 cp/ jour de- puis nom- breuses années	+	+	petit malai- se di- gestif	gastroto- mie (+) points en x	guérison

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profondeur	diamètre	érosion	paroi	trajet	calibre	thrombus	
ersant post. e la P.C. artie inf. segment vertical	muqueuse m.m.	grain de sous-mu- queuse partiel- lement	artère érodée			gros	caillot fibrine cruori- que	réaction scléro gra- nulomateuse du fond
	muqueuse m.m.	0,5cm sous-mu- queuse partiel.	artère érodée sur 1 partie de sa paroi	endar- téri- te				une autre ulcération uniquement muqueuse
ce post.		7mm	artère rompue s/1 par- tie de paroi		tor- tueu- se is- sue de s/s m.	gros	thrombus frais	infiltration à polynu- cléaires. Tout paquet vasculo- nerveux passe de la séreuse à la muqueuse
roi post. m du pylore m de la P.C	muqueuse m.m.	2mm	artère érodée au centre	endar- téri- te chron. sténos.			thrombo- se fibri- neuse de l'orifice	face post. à 1,5cm du py- lore et 2cm de la P.C- une ulcéra- tion de 8mm de diamètre
ce post. de grosse bérosité ès cardia	superfi- cielle mu- queuse m.m.	0,5cm	artère érodée					réaction in- flammatoire alentour présence de qqs c/géantes
ce post. -hauteur la por- on verti- le	plane allon- gée	6x3 mm	saillie de 2mm d'l vaisseau à lumiè- re béan- te			1mm		

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena	Divers		
BREMER & De GRAEF 1960	F	74	hémorragies digestives il y a 10 ans	+			gastroto- mie (+) excision suture	guérison
LAUMONIER 1960	F	54	-	+			hémorra- gie fou- droyante	décédée
LAUMONIER 1960	F	73	-	+			hémorra- gie fou- droyante	décédée
LAUMONIER 1960	M	54	-	+			gastroto- mie (+) résection localisée	guérison
GIERSBERG 1966	M	39	-	+			laparato- mie (-) gastrec- tomie sub- totale	récidive 15j plus tard-Rela- paratomie DCD(1mois)
GIERSBERG 1966	F	58	-	+			médical	décédée avant in- tervention
GIERSBERG 1966	M	78	chute avec traumatis- me cranien et perte de connaissan- ce				médical	décédé

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profondeur	diamètre	érosion	paroi	trajet	calibre	thrombus	
Fond de la poche à air	superficielle	ovulaire 1cm	artère érodée thrombosée reperméabil.	paroi infiltrée de polyn.			caillot obstructuant l'orifice	cicatrice d'ulcère pylorique. Au fond de l'ulcération granulome inflammatoire
fosse tubéreuse	2 exulcérations muqueuse m.m.	en coup d'ongle	artériole décapitée	sans endartérite	contournée			gastrite sclérose jeune de la sous-muqueuse artérioles à coussinet
face antérieure partie moyenne	2 exulcérations muqueuse m.m.	1cm	artériole décapitée	sans endartérite	contourné			gastrite sclérose jeune de la sous-muqueuse artérioles à coussinet
face postérieure haute	muqueuse m.m. sous-muqueuse partiel.	5cmx3cm	artériole décapitée	sans endartérite	contourné			gastrite sclérose jeune de la sous-muqueuse artérioles à coussinet
face postérieure du cardia près de P.C.	micro-ulcération atteignant la m.m.		artère érodée	0,2mm intima épaissie.	sinuieuse	1,1mm		infiltration inflammatoire
face postérieure fundus du cardia	micro-ulcération muqueuse m.m.		artère érodée	0,25mm intima épaissie		1,2mm		infiltration inflammatoire
face postérieure du cardia	micro-ulcération muqueuse m.m.		artère érodée	intima épaissie				infiltration inflammatoire

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique		Divers	Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena			
ECK 1962	M	62	-	+	+		médical	décédé peu avant l'in- tervention
ECK 1962	M	42	ulcère duo- dénal (il y a 20 ans)		+	lipo- thy- mies	médical	décédé (quelques jours)
ECK 1962	M	76	I.V.D. D.D.B. cirrhose		+	dou- leurs abdo- minales	médical	décédé
ECK 1962	F	77	-	+			médical	décédée (10 jours)
MANDELBAUM 1962	M	66	hématémè- ses il y a 15 ans	+	+	dou- leurs épigas- triques	gastroto- mie (+) gastrecto- mie subto- tale	guérison
BORGER 1963	M	20	-	+			gastroto- mie(-) gas- trectomie subt."à av."	guérison
BORGER 1963	M	52	-	+			gastrot.(-) gastrect. sub."à l'aveugle"	décédé (ré- cidive des hémorragies)
BORGER 1963	M	64	cirrhose varices oesophag.	+	+		gastroto.(-) gastrec.sub. "à aveugle"	décédé (nouvel. hémor.)
CHAPMAN & LAPI 1963	M	56	douleurs épigast. dep.6 m.	+	+		médical	décédé
CHAPMAN & LAPI 1963	M	72	cirrhose (12ans) cancer de la langue ang.poit. (7 ans)		diar- rhées noi- râtres		médical	décédé (2 jours)

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	Profon- deur	Dia- mètre	Erosion	Paroi	Trajet	Calibre	Throm- bus	
Paroi post. près du car- dia	ulcéra- tion su- perfic. muqueuse m.m.	len- til- le	2 lu- mières arté- rielles			gros		
Paroi ant. du Fundus	érosion		artè- re éro- dée			gros		
à l'endroit de la P.C.	perte de subs- tance muqueu- se m.m.	len- til- le	artè- re éro- dée					gastrite atro- phique
à distance du cardia du py- lore	érosion mu- queuse m.m.	len- til- le	artè- re éro- dée					gastrite atro- phique
Paroi post. région py- lorique		4mm	artè- re éro- dée		tor- tueux	"ané- vrisme" grand	cail- lot récent & an- cien	
Paroi post.	ulcé- ra- tion	len- til- le	artè- re éro- dée			1 mm		infiltrat in- flammatoire
à 7 cm de la P.C. 7cm cardia	ulcé- ra- tion	1cm	artè- re éro- dée					
Paroi post.	ulcé- ra- tion	len- til- le	artè- re éro- dée					
Paroi ant. à 1 cm du pylore	éro- sion ellip- soïde	2mm	artè- re éro- dée	épais- sie	tor- tueux	grand		
Paroi ant. à 1 cm du pylore	2mm	4mm	artè- re éro- dée	épais- sie			cail- lot de 3 mm	

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique		Divers	Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena			
CHAPMAN & LAPI 1963	M	73	hématémèses récidivan- tes 1960-61 pylonéphri- te -lithiase	+	+		laparotomie (-) gastrec- tomie subto- tale à l'aveugle	guérison
CHAPMAN & LAPI 1963	F	84	-	+	+		médical	décédé (12 jours)
RONALD & GOLDMAN 1964	M	93	-	+	+		gastrotomie (-) gastrec- tomie subto- tale "à av."	décédé 3 jours après
GIARELLI 1964	F	85	grabataire depuis 15 ans (Femur)	+			médical	décédée (10 jours)
MAGENDIE 1965	F	52	Aspirine pr syn- drome grippal	+			gastrotomie (+)- gastrec- tomie dista- le 2/3	guérison
MAGENDIE 1965	M	62	dyspepsie hypertendu éthylisme chronique				gastrotomie (+)-gastrec- tomie des 2/3	décédé à la 48e heure
MAGENDIE 1965	F	88	interven- tion sur le T.D. peu de jours avt. corticoth.	+		collap- sus	gastrotomie (+) - hém- stase direc- te à la soie	décédée à la 48e heure
MAGENDIE 1965	M	85	Aspirine une se- maine avant	+		collap- sus	gastrotomie (+)- hém- stase direc- te à la soie	guérison

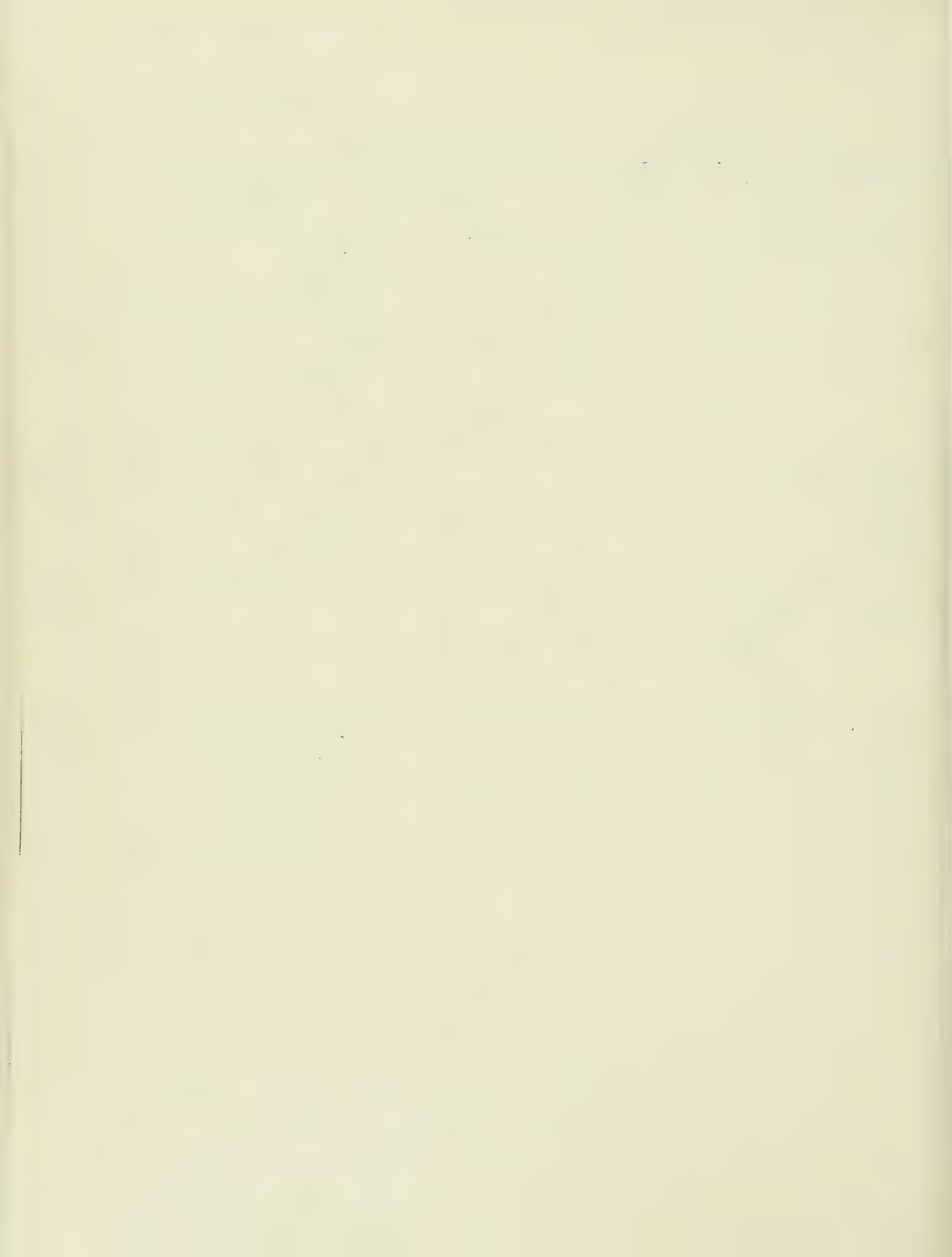
Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profondeur	diamètre	érosion	paroi	trajet	calibre	thrombus	
pièce de résection paroi post. 4 cm du pylore	érosion de 2 mm	0,4cm	artère érodée					
P.C. 4cm du cardia	ulcération 2 mm	1cm	artère perforée			2 mm		
P.C. 4cm du cardia	ulcération serpiginieuse		artère perforée	intima ép.	tortueux	2 mm	amas fibrine	infiltration inflammatoire
paroi post. 4 cm de la P.C. 6 cm du cardia	ulcération	une lentille	vaisseau érodé, fait saillie	modifications fib. élast.	tortueux	gros		présence d'un segment anastomotique au fond de l'ulcération
on loin de la P.C.	ulcération superf. muqueuse m.m.		ouverture d'l vaisseau	normale				
région sous- cardiale ant. on loin de la P.C.	ulcération plane		érosion au centre					autopsie : hémorragie cérébro-méningée
partie haute de la P.C.	ulcération plane		artère saigne en jet					autopsie: pas de récurrence hémorragique multiples pertes de substances
juxta et ss cardiale on loin de la P.C.	ulcération plane		artère saigne en jet					

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- tmèse	Melaena	Divers		
MOBIUS 1965	F	63	ulcère il ya 10 ans	+		douleurs épigas- triques (4mois)	gastrotomie (+) -gas- trectomie des 2/3	guérison
MOBIUS 1965	M	43	ulcère duo- dénal il y a 20 ans	+			gastroto- mie (+) excision	guérison
MOBIUS 1965	F	70	asthmatique corticoïdes (3mois ½)	+			médical	décédée (5 jours)
MOBIUS 1965	F	65	maladie mitrale				médical	décédée embolie pulmonaire
STREICHER 1966	F	62	pesanteurs abdomina- les (5mois)	+			gastrotomie (+)-gas- trectomie subtotale	guérison
STREICHER 1966	F	50	-	+			gastrotomie (+) gastrec- tomie sub- totale	décédée nouvelle hémorragie
STREICHER 1966	F	74	-	+			gastrotomie (+) exci- sion suture	guérison
STREICHER 1966	M	35	-	+		choc	gastrotomie (-) gastrec- tomie 2/3"à l'aveugle"	décédé poursuite hématémèse
FIXA ... 1966	M	61	-	+		collap- sus	médical	décédé (3 jours)
FIXA ... 1966	M	28	-	+		douleurs épi- gastri- ques	médical	décédé (6 jours)

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profon- deur	dia- mètre	érosion	paroi	trajet	calibre	throm- bus	
Paroi post. 15 cm du pylore près de la P.C.	ulcéra- tion	len- tille	artère perfo- rée	épais sie				infiltration lympho-plas- mocytaire de la sous- muqueuse
Paroi ant. sur la P.C.	ulcéra- tion	tête épin- gle	artère perfo- rée		perpen- dicu- laire à la lésion			infiltration lympho-plas- mocytaire de la sous- muqueuse
Paroi ant. 2 doigts de la P.C.	ulcéra- tion plane		artère érodée					cicatrice d'ulcère G.C.
Paroi ant. milieu	ulcéra- tion plane	len- tille	artère érodée					
près de la P.C.	plane	len- tille	artère perfo- rée & throm- bosée					
près de la P.C.	plane	len- tille	artère perfo- rée					
paroi post.	plane	len- tille	artère perfo- rée saigne en jet				throm- bus en partie orga- nisé	
autopsie face post.	éro- sion	2 mm	artère érodée					
5 cm du cardia près de la P.C.	éro- sion	3 mm	artère érodée proémi- nente	média déve- lop- pée	se di- rige vers lésion	grand		infiltrat inflammatoire
6 cm du car- dia sur la P.C.	ulcé- ra- tion	len- tille	artère érodée	média déve- lop- pée	verti- cal vers lésion	grand		

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena	Divers		
ROSSI & Coll. 1968	M	20m	-			choc pro- fond	gastrotomie (+) excision suture	guérison
ROSSI & Coll. 1968	F	68	-	+	+		gastrotomie (+) Excision suture	guérison
ROSSI & Coll. 1968	F	75	-	+	+	choc	gastrotomie (+) gastrecto- mie des 2/3	guérison
SAUA & ADLOFF 1969	M	29	-	+			gastroto- mie (+) excision suture	guérison
SAUA & ADLOFF 1969	F	43	Asthme Thiamcino- lone de- puis 5 ans 22 cp en 10 jours	+	+		gastrotomie (+) excision suture	guérison

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profon- deur	dia- mètre	érosion	paroi	trajet	calibre	throm- bus	
non précisé	érosion		saigne	nor- male		pas d'ané- vrisme évident		
Fundus	érosion		point sai- gnant	nor- male pas arté- rio- sclé.		pas d'ané- vrisme évident		
Le sang sem- ble venir du fond de l'estomac			sai- gne	pas d'ar- tério sclé.		pas d'ané- vrisme évident		
Face post. L/3 moyen	ulcéra- tion super- ficiel- le	coup on- gle	saigne en jet					
Face ant. 3 cm de la P.C. par- tie infé- rieure	ulcéra- tion		saigne en jet (20cm haut.)	infil- trée par l subst. fibri- noïde		calibre d'une digita- le	throm- bus récent	



B/ EXULCERATIO SIMPLEX MICROSCOPIQUE

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena	Divers		
SACHS 1892	M	79	-	+			médical	décédé quelques jours
HIRSCH- FIELD 1904	M	38	alcoolique hémophile 12 précé- dentes hé- matémèses	+			médical	décédé (4 jours)
DONALDSON & HAMBLIN 1950	M	55	constipa- tion me- laena brûlures épigastri- ques in- constantes	+			gastrotomie (+) -gas- trectomie subtotale type Polya	guérison
ALBRICH 1951	M	50	-	+			gastrotomie (-)	décédé (9 jours)
RICHARD 1955	M	40	-	+			gastroto- mie (+) points en X	guérison 2 ans ré- cidive gastrecto- mie subtot.
MILLARD 1955	M	46	-	+	+		interven- tion au 4e jour	décédé en début d'inter- vention

Localisation de la lésion	L'ulcération profondeur	diamètre	L'artère sous-muqueuse érosion	paroi	trajet	calibre	thrombus	Particularités
Lieu de la lésion. C.	non visible macros. protusion 1,5mm	5mm	érodée sur un arc	intima épais sie	décrit un arc		obstrue la lumière	infiltration de c. rondes
Paroi postérieure	invisible macros. muqueuse m.m.	protusion 3mm	artère rompue			anévrisme	caillot organisé	infiltration de c. rondes
Lieu de la lésion. C. légèrement vers la paroi post.	pas d'ulcération visible muqueuse m.m.	petit nodule de 3mm	artère érodée saigne en jet	intima épais sie athéromat. sclér.	trajet anormal tortueux	3mm	caillot de 4mm x 1mm	athérosclérose réaction inflammatoire
Paroi post. 1 cm du cardia	pas d'ulcération visible "anévrisme de la taille d'une cerise"		artère érodée	nécrose fibrinoïde de la paroi		important		cicatrice d'ulcère
Face post. partie moyenne			artère érodée saig. en jet					vérification de la face post. estomac au cours de la récurrence: fil et muqueuse normale.
Paroi post. mi-distance des courbures	non visible macro. petit nodule saillant de 2mm		artère rompue saignant en jet		tortueux	important	obstruée par 1 caillot	infiltration lymphocytaire

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena	Divers		
BAILEY 1956	M	74	hématémèse 17 ans avant après trauma.	+	+		médical	décédé (17 jours)
BREMER & De GRAEF obs.1 1960	M	31	hématémèses histoire gastrique au long c. Interv.mul- tiples	+			gastroto- mie (+) ligature au lin	récidive 10 jours plus tard gastrectomie totale
BREMER & De GRAEF obs.2 1960	M	51	-	+			gastroto- mie (-) gastrecto- mie sub- totale	récidive au 7e jour gastrecto- mie totale
BREMER & De GRAEF obs.3 1960	F	37	gêne épigas- trique de- puis 4 ans	+	+	choc	gastroto- mie (+) gastrecto- mie subtot.	guérison
BORGER 1963	M	65	diabète artérite	+			gastrotomie (+) gastrecto- mie subto- tale "à l'aveugle"	décédé (4 jours) (complica- tions post- opératoi- res)

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profon- deur	diamè- tre	érosion	paroi	trajet	calibre	throm- bus	
paroi post. 2 cm du cardia 2 cm de la P.C.	petite zone brûna- tre suréle- vée		artère rompue en un point	inti- ma épais sie	tor- tueu- se se pro- jette vers lumiè- re gas- trique			
face ant.	non vi- sible macros.		saigne en jet	hy- per- tro- phiée				angiomatose type Reclus éliminée
				Récidive= Aspect d'Angiomatose				
poche à air non loin du cardia	non vi- sible macros.		saigne en jet	paroi très amin- cie vers lum. gast.		volu- mineux		
aut située sur la P.C.	non vi- sible macros.	3mm	petit élé- ment	en saillie à l'ori- gine d'une hémorra- gie en jet				
pièce d'exérèse: fond de l'estomac	non visible minu- cule érosion histo.		artère érodée			grand		gastrite atrophique

Auteurs	Sexe	Age	Antécédents	Clinique			Traitement	Evolution
				Héma- témèse	Melaena	Divers		
FREEARK.. Obs.1 1966	M	70	fracture de la hanche				gastrotomie (+) - sutu- re du vais- seau	guérison
FREEARK.. Obs.2 1966	M	39	alcooli- que	+			gastrotomie (+) suture	guérison
FREEARK.. Obs.3 1966	M	55	-	+			gastrotomie (+)- gas- trectomie distale	guérison
MONGES & DELMONT Obs.1 1967	M	58	8 hématé- mèses gra- ves en 2 ans.2 in- terventions gastrot. gastrec.2/3				gastroto- mie (+) excision suture	guérison
MONGES & DELMONT Obs.2 1967	M	63	gastrec. partiel.pr ulc.bulbe (28 ans)		+		gastroto- mie(+)exci- sion suture	guérison
MONGES & DELMONT Obs.3 1967	M	79	-	+	+		gastrotomie (+)excision suture	décédé(com- plications post-opér.)
Observa- tions per- sonnelles (I) 1970	F	72	PCE traitée par Aspiri- ne Corydrane		+		gastrotomie (-) gastrec- tomie subto- tale "à l'aveugle"	guérison
Observa- tions per- sonnelles (II) 1970	F	25	5-6 cp d'As- pirine qqs jours avant	+	+		gastrotomie (+) excision suture	guérison

Localisation de la lésion	L'ulcération		L'artère sous-muqueuse					Particularités
	profondeur	diamètre	érosion	paroi	trajet	calibre	thrombus	
P.C. 1 cm du cardia	pas ulcération évidente		proéminente saigne en jet					
P.C. 1 cm du cardia	pas ulcér. évid.		proéminente saigne en jet					
Région pré-pylorique	pas ulcér. évid.		proéminente saigne en jet		tor-tueux	large "ané-vrysmes"		
Face post. de la calotte tubérolégitaire	non visible macros. histo. muqueuse m.m.		saigne en jet		ser-pente ds la ss-m. boucle ss ulc.	gros		
Partie haute de la P.C.	non visible macros.		saigne en jet		ser-pente ds ss muq.			
P.C. verticale cardia	non visible macros.		saigne en jet		ser-pente ds ss muq.	calibre d'un radiale		
Face post. des de la P.C.	histo. ulcération superficielle muqueuse m.m.		artère endartérite au centre	fi-breuse	en épingle à cheveux	volumeuse	coagulum de fibrine	
Face post. corps gastrique	éléments allure angiomateuse Histo:ulcération muqueuse m.m.		artère perforée dans un élément		sinueux	volumeuse	thrombose organisée en profond. fibrineuse en surface	sclérose de la sous-muqueuse

IV - ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

A) Etude anatomo-pathologique

- Nous avons ainsi relevé dans la littérature 78 observations se rapportant à des "Exulceratio Simplex" de Dieulafoy (macroscopiques) et 17 concernant des perforations artérielles sans exulcération macroscopiquement visible. A ces 17 observations, il convient d'ajouter les deux nôtres.

- De l'examen anatomo-pathologique de ces deux groupes de lésions nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Les "Exulceration Simplex" de Dieulafoy

. L'ulcération

1) macroscopie

a) La taille

Pour DIEULAFOY, il s'agit d'une ulcération visible lors d'un examen minutieux de la muqueuse. Cette ulcération est d'une taille variable, de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lésion de 5 centimètres de diamètre.

b) Le siège

Dans 60 cas, le siège de l'ulcération est indiqué de manière précise (schéma n°1). C'est au niveau de la face postérieure que se retrouve la majorité des lésions (31 cas) surtout dans la région juxta-cardiale. La face antérieure est beaucoup plus rarement touchée (9 cas). La petite courbure est concernée assez fréquemment (14 cas) alors que la grande courbure est citée dans 4 cas. Enfin deux exulcérations siègent dans la région pylorique.

Ainsi, si nous considérons les localisations basses, outre les deux cas retrouvés dans la région pylorique, 4 lésions seulement sont situées à moins de 10 cm du pylore.

- Donc l'exulcération peut se retrouver en n'importe quel point de la paroi gastrique mais sa localisation préférentielle haute est nette dans toutes les publications.

c) Le nombre

Il s'agit d'une lésion unique. Ce caractère est retrouvé dans l'ensemble des observations. Seul LAUMONIER rapporte deux cas d'exulcération double.

2) Microscopie

a) Le siège de l'ulcération dans la paroi gastrique

Cette lésion est superficielle, plane, et n'intéresse que la muqueuse et la musculaire muqueuse. Dans la majorité des cas, elle ne s'accompagne que de réactions minimales de la sous-muqueuse qui est parfois légèrement oedématisée. La musculature est toujours intacte. Une sclérose jeune, congestive est retrouvée au niveau de la sous-muqueuse dans 4 cas :

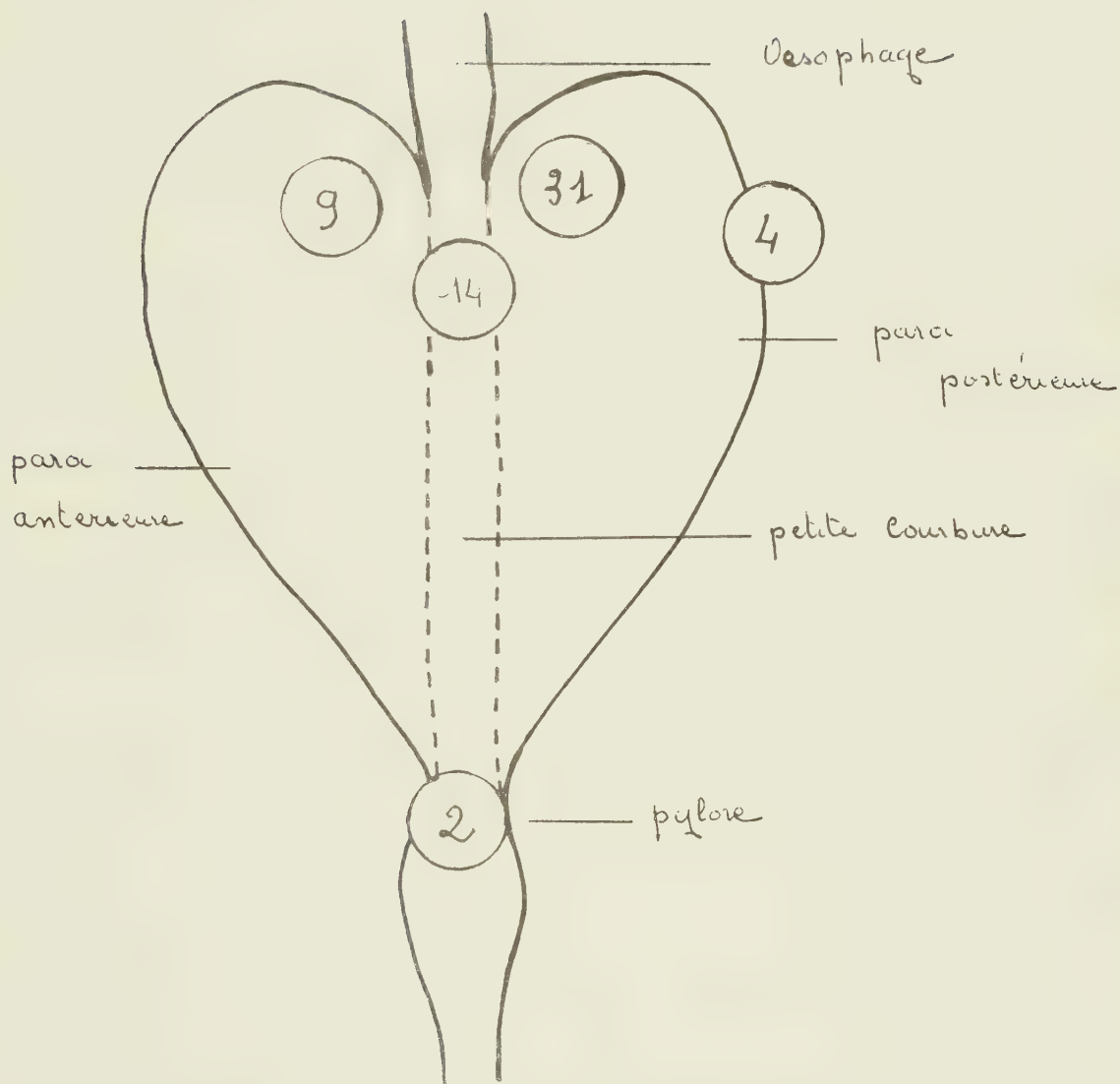
- une observation de LEGER et Coll.
- 3 observations de LAUMONIER.

b) La bordure de l'ulcération

Classiquement les bords de l'ulcération sont en pente douce, non surélevés. La bordure est constituée par un exsudat fibrine-leucocytaire.

c) En périphérie

DIEULAFOY seul, a découvert des micro-abcès miliaires dans la couche profonde de la muqueuse.



Siege des lésions

(schema N° 1)

. L'artère

Elle est toujours présente au fond de l'exulcération, sectionnée, béante ou obstruée par un minuscule caillot faisant hernie dans la lumière gastrique. Parfois elle est identifiée per-opératoirement car elle saigne en jet. Le plus souvent, elle n'est mise en évidence que sur la pièce opératoire, parfois à l'aide d'une loupe.

L'examen microscopique objective une artère de la sous-muqueuse, de fort calibre (plus de 1 mm de diamètre), qui se trouve ouverte à plein canal ou décapitée par l'exulcération. La lumière vasculaire est quelquefois obstruée par un caillot fibrino-cruorique.

Quelques publications (KRIEGER, DONALDSON et HAMBLIN, CAUDARDJIS et RABINOWICZ, LAUMONIER) insistent sur le trajet particulièrement sinueux de l'artère dans la sous-muqueuse.

La paroi artérielle est le plus souvent saine. Quelques observations font état cependant d'un épaissement de l'intima réalisant une endartérite partielle.

. Les lésions associées

- Le plus souvent, autour de la lésion, la muqueuse est souple, d'aspect normal.

- Cependant dans 6 cas, on retrouve une gastrite. En particulier LAUMONIER rapporte 3 cas où la muqueuse est très pathologique ; elle présente d'importantes altérations avec différenciation et atrophie des tubes fundiques, hétérotropie caliciforme.

- Dans 7 cas la lésion coexiste avec une cicatrice d'ulcère.

- Dans 8 cas, de petites ulcérations n'intéressant que la muqueuse, ne s'accompagnant d'aucune érosion artérielle ont été notées au voisinage de l'"exulceratio simplex".

- Dans 4 cas la présence d'anastomoses artério-veineuses au voisinage de l'exulcération, dans la sous-muqueuse, a été notée (LEGER et coll. ; LAUMONIER).

Les "Exulceratio" microscopiques

1) Constatations macroscopiques

- Dans ces 19 cas d'"exulceratio" microscopiques, il n'existe aucune ulcération visible. Une inspection soigneuse de la muqueuse et même un examen à la loupe restent infructueux.

- Les constatations chirurgicales, per-opératoires, ont été les suivantes :

. un point saignant en jet (BREMER et De GRAEF ; MONGES et Coll.)

. un petit nodule de 1 à 4 millimètres faisant protusion dans la lumière gastrique (SACHS 1892 ; HIRSCHFELD 1904 ; DONALDSON et HAMBLIN 1950 ; MILLARD 1955).

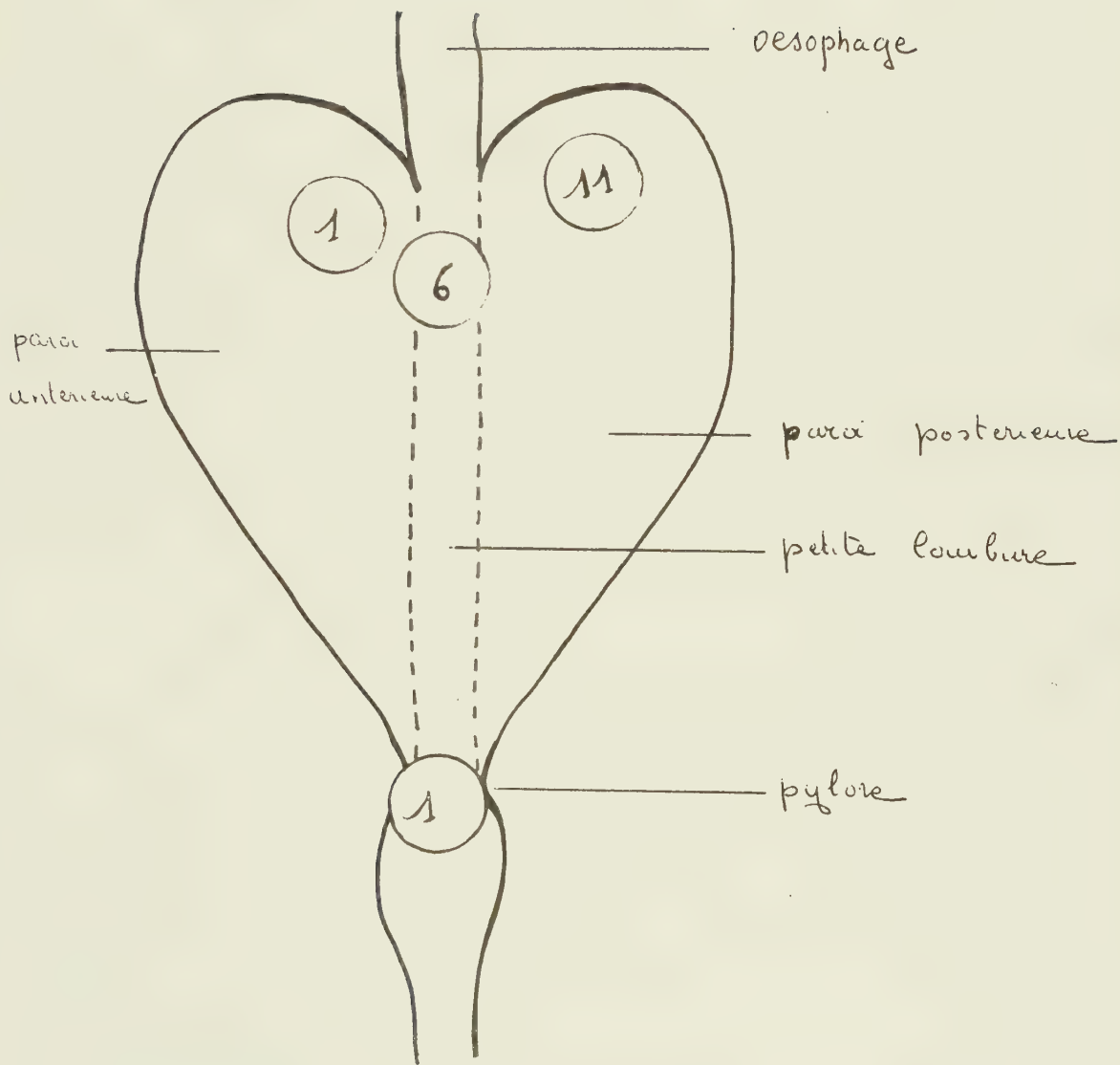
. une proéminence artérielle en un point (FREEARK)

- Sur les pièces d'exérèse 3 éventualités sont possibles:

. L'examen macroscopique de la muqueuse gastrique ne met en évidence aucune lésion.

. L'examen à la loupe permet dans quelques cas d'établir une suspicion de section artérielle.

. Enfin, en certaines zones limitées peuvent être réalisés des aspects vaguement angiomateux sans qu'aucune perforation artérielle ne soit décelable.



Siege des lésions

(schéma N° 161)

2) Constatations microscopiques

. L'ulcération

a) Aspect

Il s'agit d'une micro-ulcération, repérable seulement sur des coupes sériées qui mettent en évidence une atteinte microscopique de la muqueuse et de la musculaire-muqueuse. Cette perte de substance est exactement limitée et survient juste au niveau de l'orifice artériel qu'elle cerne. Sur les coupes histologiques, on voit nettement l'interruption brutale de la muqueuse et de la musculaire muqueuse de part et d'autre de la lésion artérielle, qui fait hernie dans la lumière gastrique.

La sous-muqueuse et la musculuse sont indemnes de toute lésion dans la majorité des cas. Seule dans notre observation personnelle n°II, se retrouve une sclérose nette de la sous-muqueuse.

b) Le nombre

Dans tous les cas étudiés, la lésion est unique.

c) Le siège dans l'estomac (schéma n°1 bis)

L'exulcération peut se situer en n'importe quel point de la muqueuse gastrique mais toujours dans la partie haute de l'estomac. Dans 11 cas on la retrouve sur la paroi postérieure et dans 6 cas sur la petite courbure. La paroi antérieure n'est touchée qu'une fois ainsi que le pylore.

L'artère

C'est l'élément essentiel qui résume presque toute la lésion. L'effraction artérielle n'est repérable que sur quelques lames. L'artère décrit une courbe à convexité superficielle ; sur la coupe microscopique, les parois artérielles apparaissent comme les deux rails d'une voie ferrée (schéma n°2). Au

sommet de la courbe, le rail superficiel est détruit par l'ulcération ; le fond de celle-ci est constitué par le rail profond (DONALDSON et HAMBLIN ; ALBRICH ; MILLARD, BAILEY ; observation personnelle n°II).

La lumière de l'artère est souvent obstruée partiellement par un caillot récent, coagulum de fibrine. Plus profondément l'artère est le siège d'une endartérite fibreuse. Il existe toujours une communication entre la lumière artérielle et la cavité gastrique.

La paroi de l'artère ne présente pas de modification notable. En particulier, la média est toujours bien individualisée. L'intima, seule, est quelquefois épaissie, siège d'une endartérite partielle.

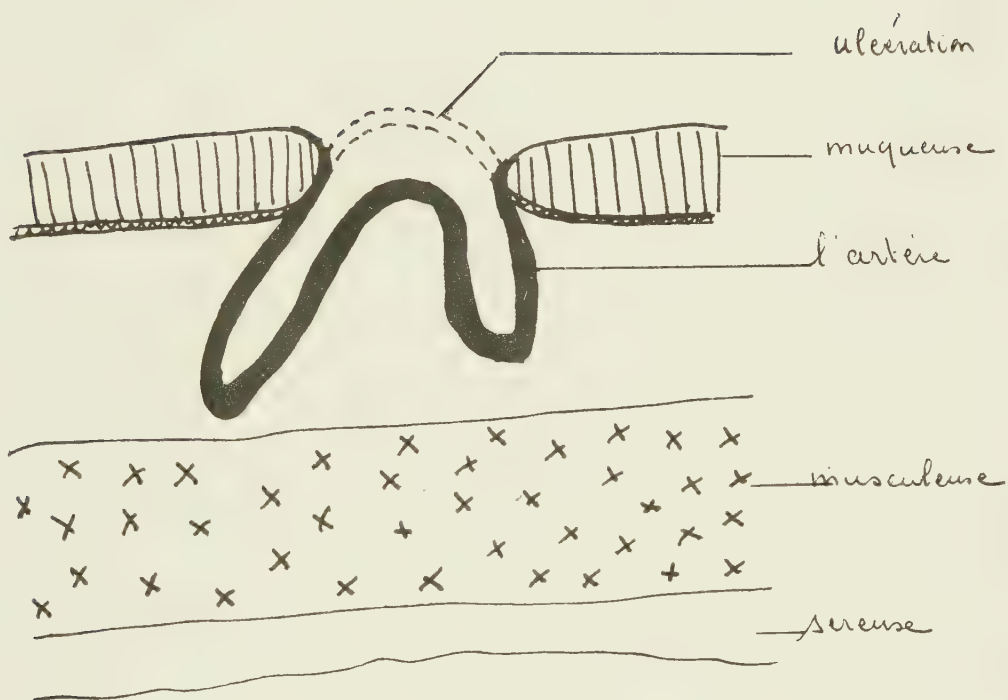
- Lésions associées

La muqueuse gastrique est tout à fait normale et souple. Dans deux cas seulement des lésions associées sont retrouvées :

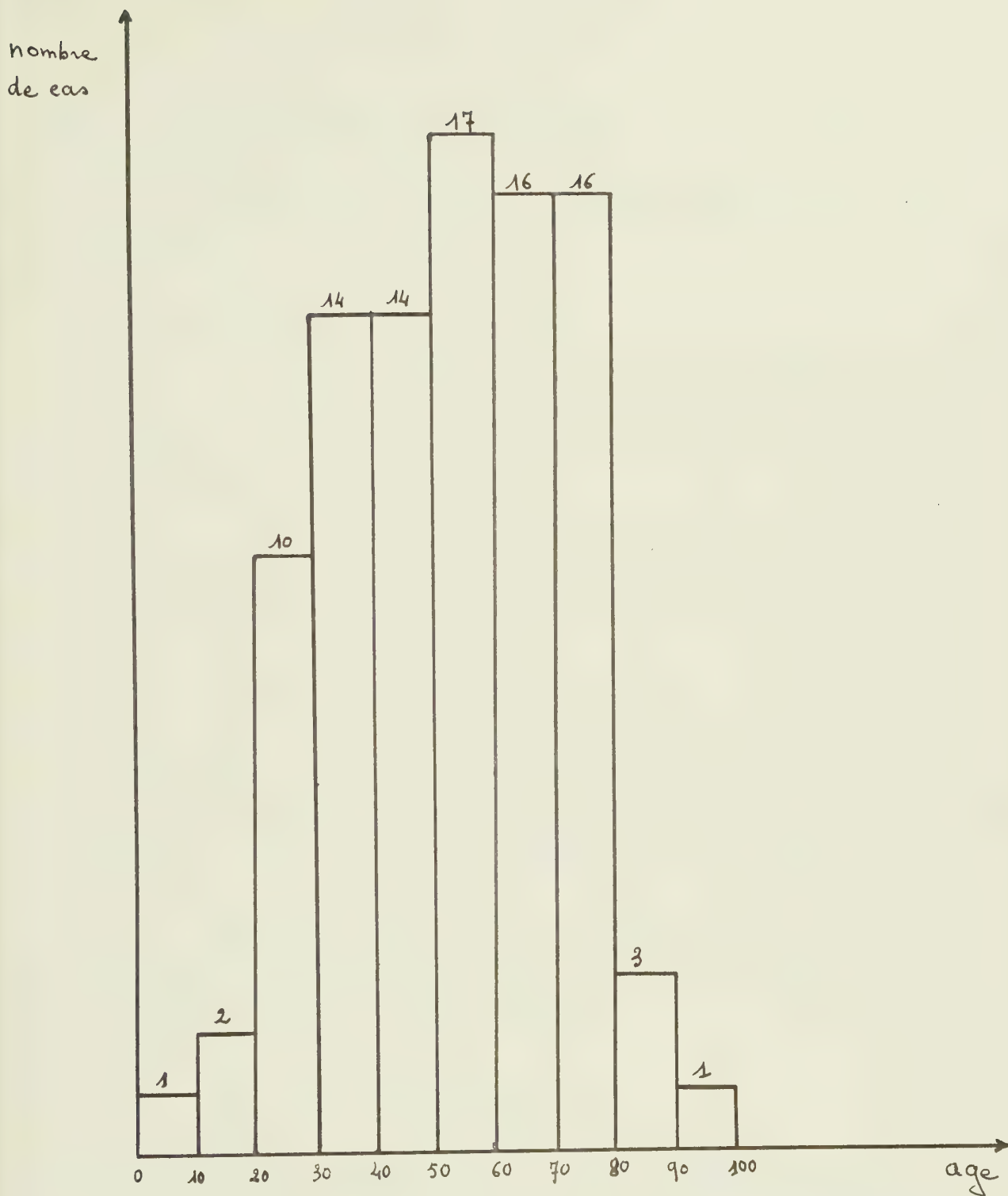
- une gastrite atrophique est rapportée par BORGER
- une cicatrice d'ulcère est décrite par ALBRICH.

B) Etude clinique

Il n'y a cliniquement aucune relation entre l'importance de l'ulcération et celle des signes cliniques. En particulier les hémorragies sont toujours graves même en cas de micro-ulcération. Nous avons donc consigné dans une même étude les exulcérations macroscopiques et microscopiques.



Aspect histologique de l'artère
schema



Répartition des lésions

selon l'age (schema N° 1)
pour 93 cas

a) Répartition selon le sexe

55 hommes et 42 femmes.

Il semble donc que la prédominance masculine est très relative.

b) Répartition selon l'âge

La lésion ne concerne pas uniquement l'adulte jeune.

Les âges extrêmes de la vie y sont représentés. En particulier, un cas survenu chez un enfant de 20 mois est rapporté par ROSSI (cas n° 1).

La pyramide des âges montre d'autre part que la fréquence de survenue de la lésion croît régulièrement avec l'âge (Schéma n°3).

c) Caractères cliniques

Si l'absence d'antécédent digestif est patente dans la plupart des observations, il faut noter néanmoins des antécédents d'hématémèses dans 13 cas, d'ulcères dans 7 cas, si bien que 20 % des malades ont eu un passé digestif indiscutable.

DIEULAFOY insistait sur la présence de fièvre, celle-ci n'est mentionnée dans aucune autre observation, sinon sous la forme d'une poussée thermique précédant de quelques heures l'exitus.

d) Circonstances de survenue

Aucune étiologie précise n'est retrouvée à l'origine des hémorragies qui surviennent brutalement chez des sujets jusque là en bonne santé. Mais dans 15 observations il est fait état d'un contexte particulier.

- Soit une prise médicamenteuse :

5 malades absorbaient des anti-inflammatoires de façon régulière,

8 malades en avaient absorbé fortuitement peu de jours auparavant pour douleurs rhumatismales ou syndrome grippal.

On peut donc invoquer le rôle de ces anti-inflammatoires dans la genèse de la lésion dans 14 % des cas.

- D'autre part, MAGENDIE rapporte un cas coexistant avec une hémorragie méningée,

et GIERBERG cite un cas survenu peu de temps après un traumatisme crânien, avec perte de connaissance et fractures multiples.

e) Examens complémentaires

Le transit baryté est le seul examen pratiqué presque de manière systématique depuis 1950, bien qu'il n'apporte aucun élément au diagnostic de l'ulcération simplex.

Il a été pratiqué chez 26 malades et n'a montré une image suspecte qu'exceptionnellement - 2 cas -

BORIES-AZEAN rapporte un cas où une zone suspecte est décelée dans la région cardio-tubérositaire sur le cliché en Trendelenbourg, attirant ainsi l'attention du chirurgien sur cette région. Il s'agissait en fait d'images indirectes liées à la présence de caillots sanguins.

CANDARDJIS sur des clichés pris à faible remplissage, note une image en cocarde correspondant à la lésion.

Des auteurs comme DELANNOY et GAUTHIER, dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, insistent sur l'exis-

tence de signes indirects qui oriente vers une lésion organique tels : une réaction antrale avec des images assez régulières en nid d'abeille ou une rigidité réactionnelle de la petite courbure.

Toutefois, pour la plupart des auteurs, l'Exulceratio Simplex n'a pas d'expression radiologique.

- La gastroscopie d'urgence, préconisée par DESNEUX, en pleine période hémorragique, permet selon cet auteur le diagnostic en visualisant l'artère qui saigne. Mais cet examen est très discuté, il nécessite une maîtrise parfaite de la technique gastroscopique et il n'est pas employé de façon systématique. D'autre part, ainsi que le souligne MOUTIER, les conditions de visibilité sont mauvaises : "la muqueuse de l'estomac, extrêmement photophage, réfléchit mal la lumière".

Sur l'ensemble des 97 cas relevés, cet examen n'a été pratiqué que deux fois (BREMER et De GRAEF) sans apporter un argument supplémentaire en faveur du diagnostic.

Ainsi il nous faut constater la "faillite" des examens complémentaires quant au diagnostic de la lésion.

Peut-être l'artériographie sélective du tronc coeliaque est-il l'examen d'avenir qui permettra de localiser dans l'estomac le point qui saigne (ANNES et Coll.).

C - L'évolution spontanée

Elle aboutit dans un délai variable à la mort (quelques heures à quelques jours).

Sur les 97 cas rapportés, 39 n'ont fait l'objet d'aucune exploration chirurgicale et la mort est survenue. L'exitus a été parfois rapide (Hématémèse foudroyante), parfois il a été

retardé (traitement médical par transfusions), parfois il a eu lieu en début d'intervention.

Dans ces 39 cas, la lésion est retrouvée à l'autopsie. On compte parmi elles 3 exulcération microscopiques.

D - L'exploration et la cure chirurgicale

La gravité et la répétition des hémorragies gastriques, l'échec de tout traitement médical, la faillite des examens complémentaires conduisent à l'exploration chirurgicale.

La laparotomie n'apporte aucun élément au diagnostic ; la face externe de l'estomac est indemne de toute lésion tant à la vue qu'à la palpation. Cette notion est retrouvée dans les 58 cas ainsi explorés soit dans 100 % des cas.

C'est la gastrotomie large qui seule peut permettre la découverte et la localisation de la lésion. Elle a été pratiquée chez 48 malades et a permis dans 39 cas la cure chirurgicale de l'hémorragie. Elle impose un examen souvent fort long, pli à pli de la muqueuse gastrique. Pour faciliter cette recherche l'emploi de valves éclairantes est préconisée par GARBAY et LOYGUE.

1) Dans les exulcérations macroscopiques

La gastrotomie est presque toujours fructueuse. Dans 28 cas elle a permis la découverte de la lésion mais dans 5 cas, l'ulcération n'a pas été vue.

Une fois la lésion localisée, la ligne de conduite est simple :

- soit suture avec un risque minime de récurrence
- soit excision de la lésion apportant la guérison dans 100 % des cas

- soit gastrectomie subtotale emportant l'ulcération.

2) Dans les exulcérations microscopiques

Les explorations chirurgicales ont découvert la lésion 11 fois sur 19, l'apparence per-opératoire a été décrite dans le chapitre d'Anatomie pathologique. Le traitement consiste alors en suture (4 cas) ; excision (4 cas) ; ou gastrectomie subtotale (3 cas) ; 2 récidives des hémorragies après ligature de la lésion sont rapportées. L'une de survenue rapide, 10 jours après l'intervention (BREMER et De GRAEF 1960, obs.1) aboutit à la gastrectomie totale, l'autre tardive, 2 ans (RICHARD 1955) se termine avec une gastrectomie subtotale.

3) Le problème des gastrotomies blanches

Dans 9 cas la gastrotomie est demeurée blanche. C'est ainsi que 5 exulcérations simplex (macroscopiques) n'ont pas été découvertes et que 4 exulcérations microscopiques n'ont pas été objectivées.

La conduite du chirurgien est, dans ces cas, très difficile à codifier.

- 1 fois (d'après la revue de la littérature et d'après nos observations personnelles) le chirurgien a refermé simplement l'estomac. Le malade est décédé et à l'autopsie on a trouvé une exulcération microscopique.

- 8 fois on a pratiqué une gastrectomie subtotale "à l'aveugle" :

- . 4 de ces malades sont morts dans les suites opératoires, d'hémorragies. Une exulcération a été objectivée à l'autopsie.
- . 3 malades ont guéri. L'exulcération a été retrouvée chaque fois sur la pièce d'exérèse.

. 1 malade a présenté une récurrence des hémorragies après l'intervention. L'examen de la pièce n'avait pas montré une rupture artérielle. Une deuxième intervention a totalisé l'exérèse gastrique. On découvre enfin l'exulcération sur la pièce de gastrectomie complémentaire. Le malade guérit.

Donc la gastrectomie subtotale "à l'aveugle" n'a pas apporté satisfaction dans 5 cas sur 8. La guérison n'a été obtenue que lorsque l'examen de la pièce a révélé, a posteriori, l'exulcération. Dans les cas où, après gastrectomie subtotale la mort est survenue, la lésion a été découverte à l'autopsie.

4) Nous pouvons donc résumer l'attitude thérapeutique générale de la manière suivante :

a) Lorsque la localisation de la lésion est précise, il n'y a aucun problème. On peut recourir :

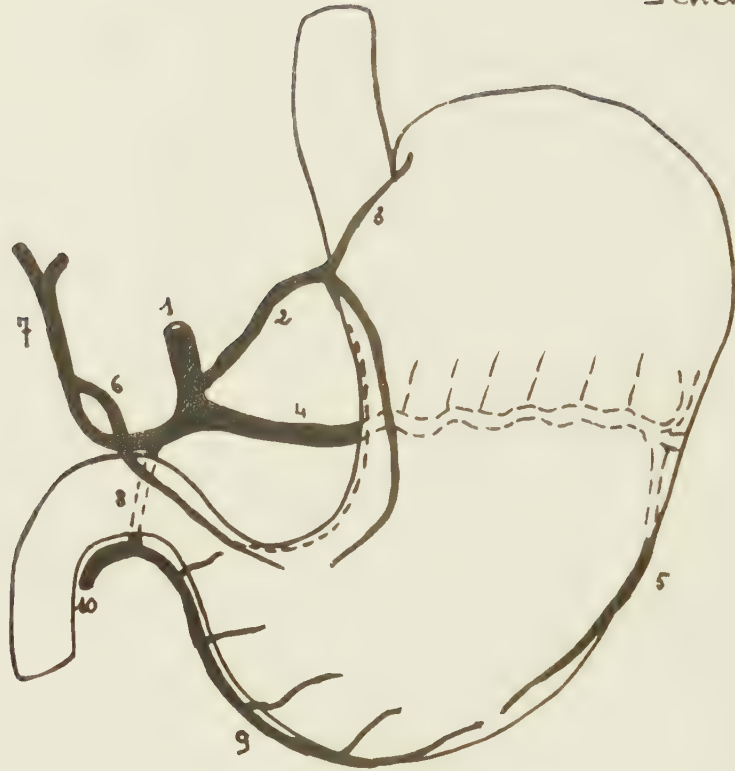
- à l'excision de l'ulcération, intervention moins mutilante et qui donne d'excellents résultats,
- à l'hémostase locale tout en tenant compte du risque de récurrence (2 cas sur 7 hémostases).

b) lorsque l'exploration chirurgicale se révèle négative:

- l'abstention, en espérant le maintien de l'hémostase spontanée, est aléatoire pour la plupart des auteurs.
- la gastrectomie totale considérée comme trop mutilante est le seul moyen thérapeutique emportant de façon certaine la lésion.
- la gastrectomie subtotale à "l'aveugle" est préconisée par de nombreux chirurgiens bien qu'elle ne mette pas à l'abri d'une nouvelle hémorragie, la lésion pouvant siéger sur le reste du moignon gastrique.

Il faut donc s'apprêter à réintervenir si les accidents hémorragiques récidivent.

V - HISTOGENESE



La vascularisation de l'estomac

- 1.. Tronc coeliaque
- 2.. Coronaire stomachique
- 3.. Artère tibero-omental antérieure
- 4.. Artère splénique
- 5.. Artère gastro. épiploïque gauche
- 6.. Artère pylorique
- 7.. Artère hépatique propre
- 8.. Artère gastro. duodénale
- 9.. Artère gastro. épiploïque droite
- 10.. Artère -pancréatico. duodénale inférieure

- LA VASCULARISATION GASTRIQUE NORMALE -

RAPPEL : SCHEMA n°4

I) ASPECTS MACROSCOPIQUES

Les artères gastriques proviennent du tronc coeliaque ou de ses branches.

La coronaire stomachique et l'artère pylorique forment le petit cercle artério-veineux destiné à la petite courbure.

La gastro épiploïque droite, branche de la gastro-duodénale et la gastro-épiploïque gauche, branche de la splénique, forment le grand cercle artério-veineux qui suit la grande courbure.

De ces arcades vasculaires vont se détacher à angle droit tous les centimètres environ, les rameaux gastriques qui pénètrent la paroi de l'estomac après un trajet de 1,5 à 2 cm dans le méso.

La grosse tubérosité reçoit une vascularisation particulière, non disposée en arcade; ce sont-les vaisseaux courts de l'estomac, qui viennent de la splénique (ou de ses branches terminales).

- L' artère tubérositaire antérieure (branche de la coronaire stomachique)

- et la postérieure (branche de la splénique).

II) ASPECTS MICROSCOPIQUES DE LA VASCULARISATION
GASTRIQUE
(Schéma n°5) (BARLOW et BENTLEY)

Les artères abordant les différentes couches de la paroi de l'estomac vont se distribuer de manière identique sur la paroi antérieure et postérieure et le long de la grande courbure.

La petite courbure et la région de l'antra pylorique présentent une disposition différente.

a) Paroi antérieure et postérieure de l'estomac et grande courbure :

Les artères venant de la séreuse, traversent la musculieuse et sans modification de calibre forment à la base de la sous-muqueuse "le plexus sous-muqueux". Ces artères ont un calibre de $200\ \mu$. Entre deux systèmes artériels formant le plexus sous-muqueux il existe des branches anastomotiques de $150\ \mu$ qui sont situées un peu plus superficiellement dans la sous-muqueuse.

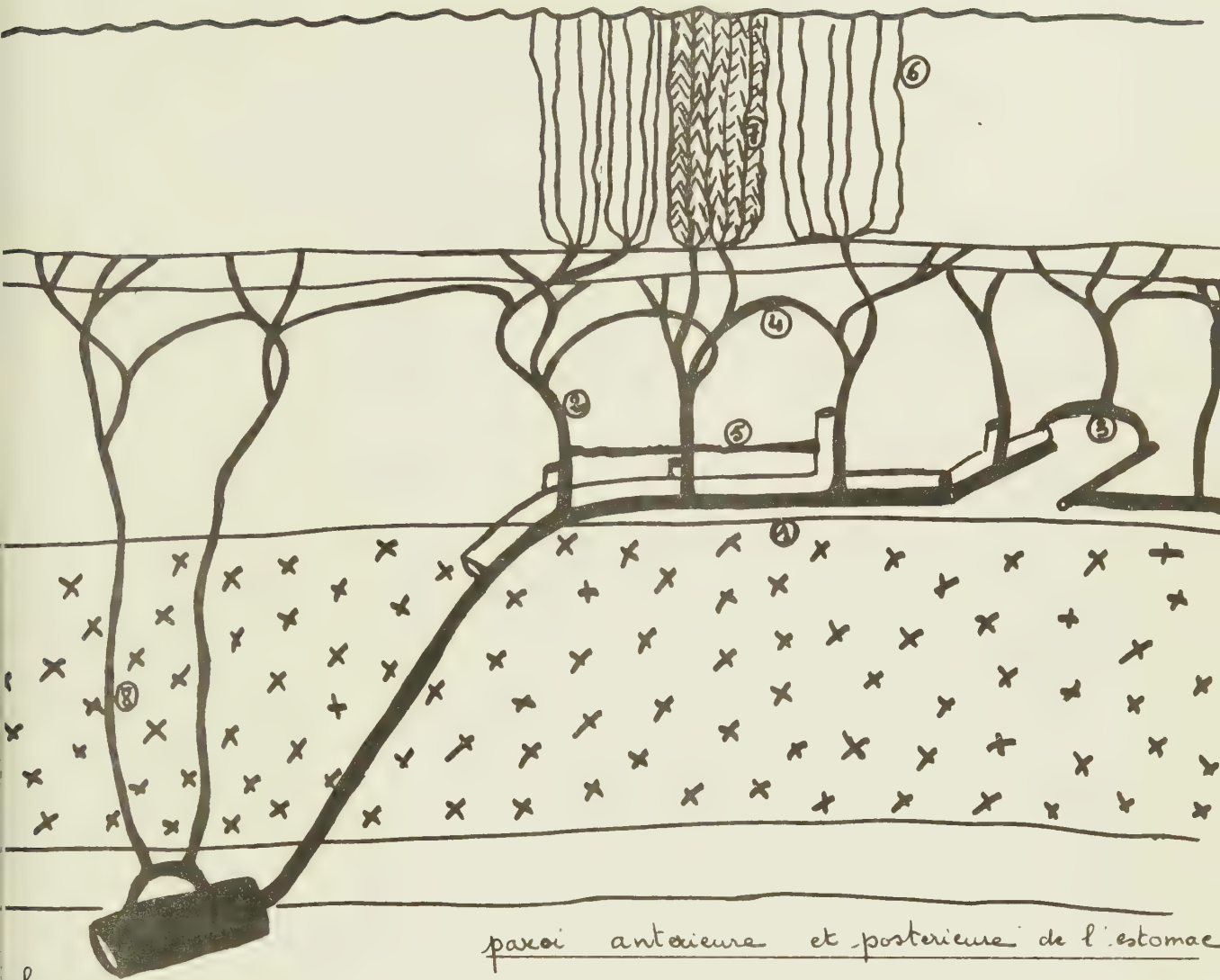
Des branches se détachent du plexus sous-muqueux : les artères muqueuses, elles, traversent obliquement la sous-muqueuse vers la musculaire muqueuse où elles sont reliées entre elles par des branches anastomotiques de $50\ \mu$ de diamètre.

Les artères muqueuses se divisent en 3 à 4 branches qui s'enroulent sur elles-mêmes avant de pénétrer la musculaire-muqueuse.

On compte environ 90 à 120 branches par centimètre de musculaire-muqueuse.

Ces artères se résolvent ensuite en un réseau de capillaires de $20\ \mu$ qui montent verticalement dans la muqueuse d'où

Schema No 5



paroi antérieure et postérieure de l'estomac

^{abure}
Plexus sous-muqueux 200 μ

Arteres muqueuses 100 μ .

Branches anastomotiques du plexus sous-muqueux 150 μ .

Branches anastomotiques sous la musculaire muqueuse 50 μ

Anastomose arterio-veineuse

Capillaire muqueux 20 μ

Capillaires muqueux 2 μ .

Arte muqueuse destinée à la petite courbure 60 μ .

se détachent des petits capillaires de 8 μ qui se ramifient le long des glandes comme les arborisations d'un arbre.

b) La région pylorique

Elle reçoit une vascularisation qui se distribue de manière absolument identique avec toutefois une légère différence concernant le plexus sous-muqueux. Celui-ci est formé par des artères de plus petit calibre que celles retrouvées dans le corps de l'estomac.

Artères de 100-150 μ de diamètre.

c) La petite courbure de l'estomac

Elle présente une particularité. Il n'existe pas en effet à ce niveau, le plexus sous-muqueux retrouvé partout ailleurs.

Dans le méso, le long de la petite courbure, les vaisseaux de 60 à 100 μ de diamètre peuvent être anastomosés entre eux avant de pénétrer dans la paroi de l'estomac pour se rendre à la muqueuse. Il n'y a pas de formation de plexus sous-muqueux.

Ce sont les artères muqueuses qui s'anastomosent entre elles par de fins canaux, avant de pénétrer la musculaire muqueuse où elles se résolvent en un réseau artériel absolument identique à celui retrouvé sur les autres parties de l'estomac.

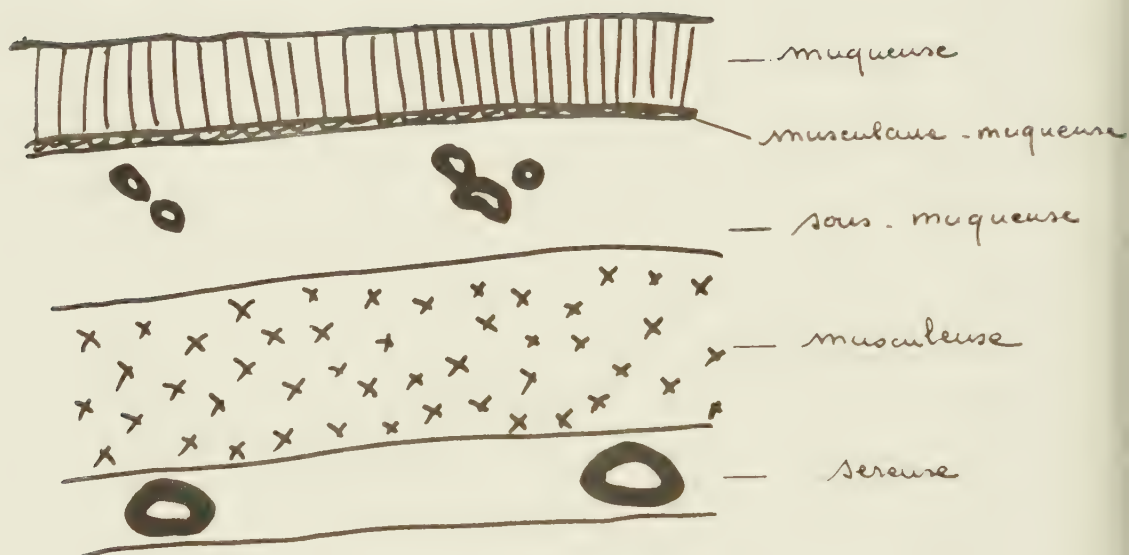
D'autre part, dans la sous-muqueuse il faut noter la présence d'anastomoses artério-veineuses dont le calibre peut varier de 30 à 140 μ .

De ce bref rappel de la vascularisation gastrique, nous retenons trois faits importants :

1) La présence d'artères muqueuses qui se divisent en 3 ou 4 branches de calibre moindre, lesquelles pénètrent la musculaire-muqueuse après un trajet tortueux sous-muqueux.

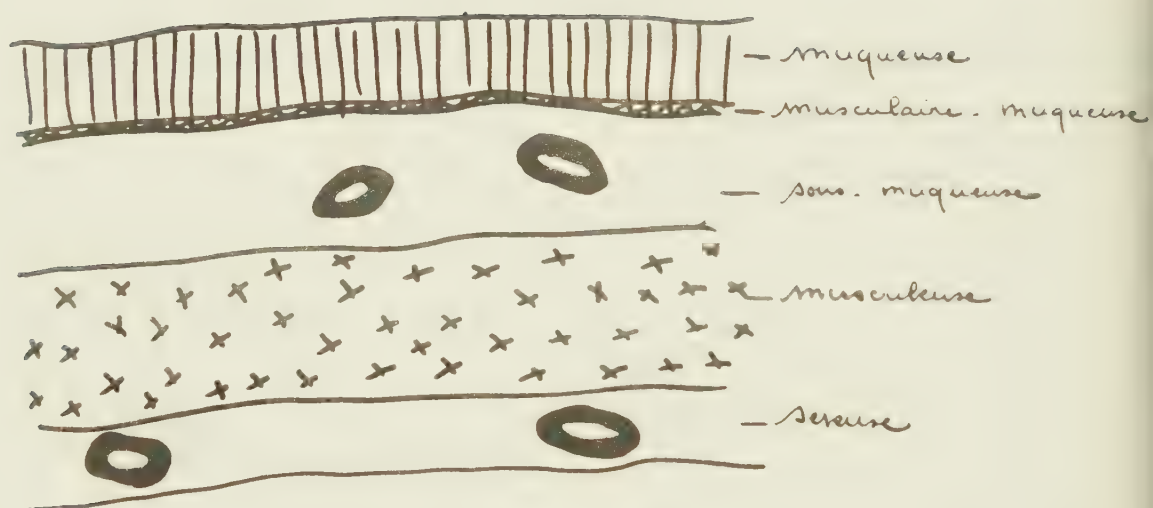
2) La présence d'anastomoses artério-veineuses abondantes dans la sous-muqueuse.

3) L'absence de plexus sous-muqueux dans la région de la petite courbure.



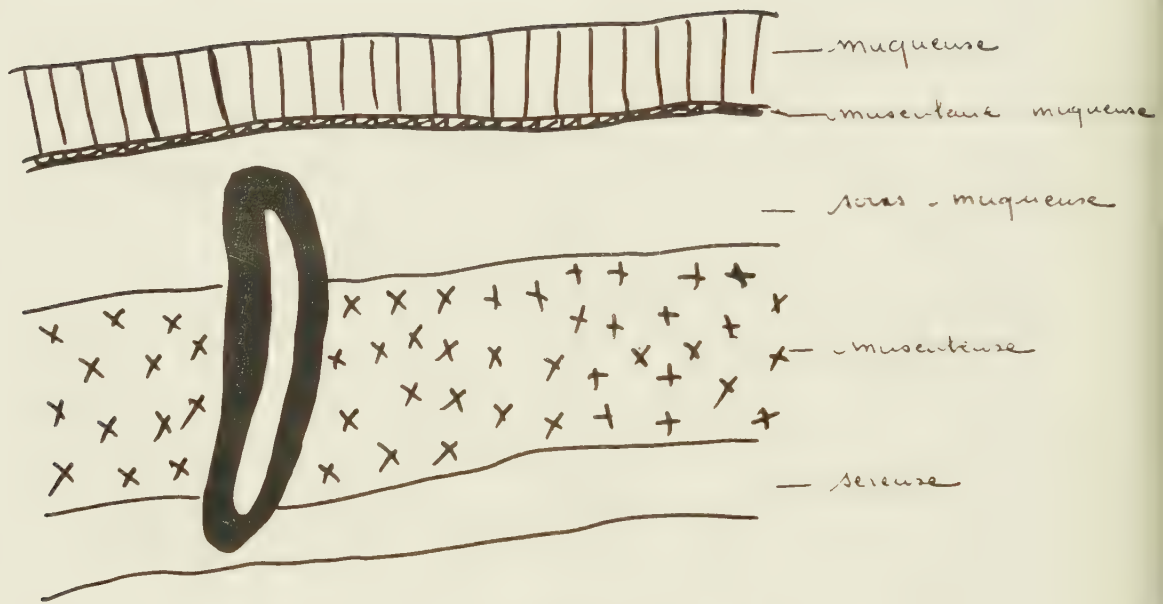
Schema N° 6

90 % des lames



Schema N° 7

10 % des lames.



- ETUDE PERSONNELLE SUR LA VASCULARISATION GASTRIQUE -

Grâce à l'obligeance du Doyen MONSAINGEON nous avons pu étudier la vascularisation sur des pièces chirurgicales préparées par une injection intra-artérielle de substance de contraste. Après repérage radiographique, divers prélèvements ont été examinés sur chaque pièce, en territoire sain.

Ce sont les résultats de ces investigations qui sont consignés ici.

Sur 90 % des lames nous retrouvons dans la séreuse de grosses artères et dans la sous-muqueuse des artères de calibre nettement inférieur (Schéma n°6). Ceci correspond à l'aspect normal décrit par BARLOW et BENTLEY.

Sur 10 % des lames nous voyons dans la sous-séreuse et dans la sous-muqueuse de grosses artères de calibre sensiblement identique (Schéma n°7).

Une coupe particulièrement heureuse permet de voir une grosse artère de la séreuse, coupée selon son axe, traversant successivement la musculieuse et la sous-muqueuse, jusqu'à la musculaire-muqueuse (schéma n°8).

Ceci montre bien qu'il peut exister à l'état latent des anomalies vasculaires et ce dans un pourcentage non négligeable.

- DIFFERENTES HYPOTHESES PATHOGENIQUES -

Pour DIEULAFOY, l'Exulceration Simplex n'est que le stade initial d'un ulcère de Cruveilhier dont l'évolution est arrêtée brutalement par l'érosion d'une artère.

Le mécanisme initial est toxi-infectieux : l'auteur décrit des micro-abcès à la base de la muqueuse de l'estomac ; la rupture d'un micro-abcès crée une brèche permettant la pénétration du suc gastrique qui digère la paroi.

Cette hypothèse est actuellement rejetée par tous les auteurs pour trois raisons essentiellement :

- La pauvreté des réactions inflammatoires dans la muqueuse environnante ne plaide pas en faveur d'un processus toxi-infectieux.

- L'ulcération siège de préférence dans la partie haute de l'estomac alors que l'ulcère chronique est retrouvé plus volontiers dans sa partie basse.

- Enfin, on n'a jamais constaté le passage à la chronicité à la suite d'une hémostase locale de la lésion.

Toute recherche pathogénique doit s'exercer dans deux directions :

- d'une part, la genèse de la lésion muqueuse,
- d'autre part, la présence d'une artère de fort calibre située immédiatement sous la musculaire-muqueuse.

Pour certains auteurs, les deux phénomènes sont indépendants et leur coïncidence malheureuse est à l'origine de l'Exul-

ceration Simplex.

C'est ainsi que LEGER, DELANNOY, MAGENDIE, GIERSBERG, STREICHER, admettent une parenté nette entre ulcérations aiguës de l'estomac et Exulceratio Simplex. A l'appui de cette affirmation, le fait que certaines exulcérations typiques aient pu apparaître dans le même contexte : stress, traumatisme, prise médicamenteuse.

L'ulcération simplex ne représenterait alors qu'un aspect particulier de l'ulcère aigu lié à la rupture d'une artère.

D'autre part, LEGER, LAUMONIER, invoquent le rôle des anastomoses artério-veineuses de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse, dont l'hyperfonctionnement provoquerait une nécrose ischémique des plans sus-jacents. Ils en font un argument de plus en faveur de l'intégration de l'Exulceratio Simplex dans le cadre des ulcérations aiguës de l'estomac.

KRIEGER laisse inexplicée la perte de substance muqueuse mais étudie surtout l'anomalie artérielle qu'il considère comme acquise. Au cours des contractions de l'estomac, la sous-muqueuse joue un rôle de "glissière" par rapport à la muqueuse d'une part, et à la musculuse de l'autre.

Les artères muqueuses sont ainsi étirées, deviennent de plus en plus sinueuses et forment des boucles qui peuvent prendre n'importe quelle position et en particulier, affleurer la musculaire-muqueuse. Elles peuvent être alors érodées par une ulcération superficielle.

DONALDSON et MILLARD accusent le rôle de l'artério-sclérose dans la fragilisation de la paroi artérielle.

D'autres auteurs pensent que l'anomalie artérielle est congénitale.

Des tentatives pour lier malformation artérielle et ulcération muqueuse ont été faites. En particulier, CORNELIUS et FIXA considèrent que l'érosion de la muqueuse est secondaire à l'anomalie artérielle : la pression du sang dans l'artère de fort calibre au niveau d'une de ses méandres, sous la musculaire-muqueuse, entraînerait une atrophie progressive de la muqueuse. Il suffit alors d'un traumatisme minime pour déterminer la rupture de cette zone.

DEMOLE, puis CANDARDJIS insistent sur le trajet de tout le paquet vasculo-nerveux qui passe de la séreuse à la sous-muqueuse, sans modification de calibre. L'anomalie est constituée par la pénétration trop oblique du paquet. "De ce fait, lors des contractions, ce paquet, qui présente une rigidité relative, fait hernie sous la muqueuse, entraînant à la longue une nécrose peut-être ischémique ou mécanique".

RAPPORTS ENTRE UNE VASCULARISATION ANORMALE ET LES ACCIDENTS HÉMORRAGIQUES

Au terme de cette étude, il est possible de conclure que les anomalies de la vascularisation sont infiniment plus fréquentes que ne l'est l'exulceratio simplex. Il est donc difficile d'admettre que la malformation soit à l'origine de la lésion.

Beaucoup plus probable est l'hypothèse selon laquelle cette exulceratio est une forme d'ulcération aiguë de l'estomac. Elle surviendrait ainsi dans les mêmes circonstances que cette dernière et son mécanisme serait identique.

L'individualité des "Exulceratio Simplex" est conférée par la présence d'une artère non thrombosée, de calibre important, issue de la sous-séreuse, qui effectue un trajet sinueux dans la sous-muqueuse amenant un de ses méandres immédiatement sous la musculaire muqueuse.

Ainsi une ulcération de la muqueuse et de la musculaire muqueuse, même de très faible surface, peut entraîner des hémorragies digestives graves si la paroi artérielle est érodée. Seule compte alors dans l'intensité des désordres le calibre de l'artère et non le diamètre de l'ulcération.

CONCLUSIONS

-:-

Ainsi à côté de l'"exulceratio simplex" décrit par DIEULAFOY (exulcération de plusieurs millimètres de diamètre au fond de laquelle existe une artère érodée), il convient de faire place à une deuxième entité pathologique. Celle-ci concerne les cas où l'exulcération gastrique est invisible macroscopiquement alors que l'examen microscopique révèle l'existence d'une volumineuse artère sectionnée et béante au fond d'une micro-ulcération.

La connaissance de ces faits est capitale pour la conduite thérapeutique. Les chirurgiens doivent savoir que des hémorragies peuvent être provoquées par une amputation artérielle qu'ils ne peuvent pas toujours découvrir à l'examen per-opératoire.

La gastrectomie large est alors le seul geste thérapeutique utile mais on comprend les hésitations du chirurgien en l'absence de toute lésion apparente.

Les manifestations cliniques de ces deux lésions, qu'il s'agisse de l'"exulceratio simplex" de Dieulafoy ou de l'exulceratio microscopique se réduisent à des hématoméses abondantes, récidivantes et à un melaena.

Les examens complémentaires ne sont d'aucun secours pour le diagnostic de la lésion. En particulier le transit radiologi-

que du tractus digestif est le plus souvent normal. Il n'est utile que parce qu'il élimine une autre lésion gastrique susceptible d'être à l'origine d'hémorragies graves.

L'évolution est fatale lorsque le chirurgien n'a pu pratiquer l'exérèse de la région pathologique.

Lorsqu'il s'agit d'une "exulceratio simplex" de Dieulafoy la lésion est facilement découverte à l'examen anatomo-pathologique de l'estomac. On peut même déceler en son centre, à la loupe, une artère érodée.

Par contre dans le cas d'un "exulceratio" microscopique l'étude anatomo-pathologique macroscopique ne révèle aucune ulcération. Des petites zones d'allure angiomateuse, sont quelquefois la seule manifestation.

C'est l'examen histologique seul qui permet de découvrir une perforation artérielle coïncidant avec une ulcération microscopique de la muqueuse et de la musculaire muqueuse. Sur des coupes sériées, on peut suivre le trajet de l'artère qui passe de la sous-séreuse à la sous-muqueuse dans laquelle elle décrit de grandes boucles. L'artère se trouve décapitée par une micro-ulcération au sommet de l'une de ses boucles.

La pathogénie de l'exulcération reste discutée. Il nous semble qu'elle relève des mêmes mécanismes que les ulcérations aiguës de l'estomac. Elle résulte ainsi de la coïncidence fortuite d'une ulcération aiguë de la muqueuse gastrique et d'une malformation artérielle congénitale latente.

Vu :

Le Président :

Signé : J. DELARUE

Vu :

Le Doyen honoraire :

Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine :

Signé : G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- 1 - ALBRICH W. - Ein fall von verblutung aus einem aneuvrysm
einer magenarterie.
Wien. Klin. Wschr. (1951) 101 - 772-793.
- 2 - ANNES G., CAPLAN L.H., HEIMLICH M. - Upper gastro-intestinal
hemorrhage. Arch. Surg. 1967, 94 : 44.
- 3 - APPLEMAN R.M., BEARS O.H. - Surgical management of gastro-
intestinal hemorrhage from an undetermined source.
Mayo Clin. Proc. 1965, 40 : 121-126.
- 4 - ARNAVIELHE J. - Exulcération simplex de la grosse tubéro-
sité gastrique responsable d'hématémèse mortelle.
Mem. Al. Chir. 1955, 81 : 658-664.
- 5 - BAILEY M.E. - Rupture of gastric artery aneuvrysm.
Canad. Med. Ass. Jour. 1956, 75 : 131-133.
- 6 - BANZET P., TERQUEM J. - A propos de 5 cas d'hématémèse par
exulcération simplex de Dieulafoy.
Mém. Acad. Chir. Séance du 30 avril 1952, 78 : 423-428.
- 7 - BARLOW T.E., BENTLEY F.M., FRCS and WALDER D.N.
Arteries, veins, and arteriovenous anastomoses in
the human stomach.
Surg. gyn. and obst. vol. 93 - déc.1951, n°6 : 657-671.

- 8 - BIANCHEDI A. - Contributo anatomico alla conoscenza degli aneurismi gastrici.
Gior. di clin. Med. 1937 : 18 : 1928.
- 9 - BÖRGER G. - Zur chirurgie der schweren arteriellen blutung aus akuten ulzerationen der oberen magenhälfte.
Drurns Deitr. Klin. Chir. 1963. 207 : 134-144.
- 10 - BORIES-AZEAU A., MARCHAND J., TAILLADE J. - Hématémèse grave par exulcération simplex de la grosse tubérosité.
Gastrectomie fundique.
Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48 : 237-239.
- 11 - BREMER A., De GRAEF J. - L'exulcération simplex de Dieulafoy. Acta Chir. Belg. n°7 - octobre 1960 : 654-663.
- 12 - BRIHAYE J., KIEKENS R. et Van Der VOORT G. -
Les ulcérations digestives dans les états de stress.
XXe Congrès de l'Ass. Belge de Chirurgie. Acta. Chir. Belg. 1966, supp.I : 5 - 166.
- 13 - CANDARDJIS G., RABINOWICZ Th. - Le diagnostic différentiel des ulcérations aiguës de l'estomac (ulcère aigu, ex-ulceratio simplex).
Press. Med. 1957. 65. n°41 : 978-980.
- 14 - CHAPMAN I. and LAPI N. - A rare cause of gastric hemorrhage.
Arch. Intern. Med. 1963. 112 : 347 -351.
- 15 - COOPER D.R., FERGUSON L.K. - Gastric resection for upper gastro intestinal hemorrhage of undetermined cause.
The J.A.M.A. 1953 vol.151 n°11 : 879-884.

- 16 - CORNELIUS H.V. - Zur pathogenese der sogenannten akuten
solitären magenerosion (Dieulafoy).
Frank. Zeitsch. für Path. 1952. 63 : 582-588.
- 17 - DARMAILLACQ - Sur un cas d'exulceratio simplex.
Société de gastro-entérologie du sud-ouest.
Arch. Mal. App. Dig. 1956, 45, n°12 : 539-541.
- 18 - DEBRAY Ch., CAROLI J., CATTAN R., PEQUIGNOT M., REDON H.
Que faut-il penser de l'exulcération simplex ?
Presse Médicale 1962 70 n°6 : 279-281.
- 19 - DEBRAY Ch. et LEYMARIOS J. - L'artériographie des viscères
digestifs. Résultats et valeur diagnostique.
La Rev. du Prat. 1969, tome XIX n°12 : 1871.
- 20 - DEGENNE S., HOLLENDER L.F., - Il n'est pas nécessaire
d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour per-
sévéraler.
Cah. Anesthésiol. 1965, 13 n°4 - 491-498.
- 21 - DELANNOY E., GAUTHIER P. - Dépistage des ulcérations planes
de l'estomac au cours des hématémèses par l'examen
radiologique d'urgence.
Lyon Chirurgical 1954, 49 : 237-241.
- 22 - DELANNOY E., GAUTHIER P. - L'examen radiologique d'urgence
dans les hémorragies graves d'origine gastro-duodénale.
Presse Méd. 1962, 60. 12 : 236-238.
- 23 - DELANNOY E., VANDENDORP P.F. - Diagnostic clinique et
radiologique dans les hémorragies digestives.
Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48 n°7-8bis : 43-51.

- 24 - DEMOLE M. - L'exulceratio simplex. Actualités hépatogastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, page 201-204 1953, Masson et Cie, Ed. 1954, Paris.
- 25 - De SCOVILLE A. - Considérations sur les ulcérations et les hémorragies digestives aiguës.
Acta Chir. Bel. 1952 - 51 747-755.
- 26 - DESNEUX J.J. - L'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives aiguës.
Arch. Mal. App. Dig. 1958 - 47. 1163-1168.
- 27 - DESNEUX J.J. - Hémorragies digestives aiguës. Endoscopie d'urgence. Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48 supp.7-8 53-57.
- 28 - DESNEUX J.J. - Valeur de l'endoscopie dans le diagnostic des hémorragies digestives aiguës.
Acta Chir. Bel. 1955. 54 : 522-525.
- 29 - DIEULAFOY P. - L'Exulceratio Simplex. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898 -
Manuel de Pathologie interne - Masson et Cie, ed.1911 T.II 278-304.
- 30 - DONALDSON G.A., HAMLIN E. - Massive hematemesis resulting from rupture of a gastric-artery aneurysm.
The New. England J. of Med. 1950. 243 : 369-373.
- 31 - EDELMANN G. - Hématémèse grave par ulcération gastrique aiguë consécutive à l'absorption massive d'Aspirine.
Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48 : 707-710.

- 32 - EDELMANN G. - Les ulcérations gastriques aiguës hémorragiques d'origine médicamenteuse.
Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, 1961 : 214-216 Masson et Cie, Ed. Paris.
- 33 - ECK M. - "L'exulceratio simplex de Dieulafoy".
Münch. Med. Wschr. 1962 - 104 - n°28 : 1291-1294.
- 34 - EHRENZWEIG H.R. - L'exulceratio simplex de l'estomac.
Thèse Méd. Genève, n°2 - 150- 1953.
- 35 - FIXA B., KOMÁRKÓVA O. and DUORÁČKOUÁ - Submucosal arterial malformation of the stomach as a cause of gastro intestinal bleeding.
Gastroenterologia (Basel) 1966 - 105 : 357-365.
- 36 - FREEARK R.J., NORCROSS W.J., BAKER R.J.
Exploratory gastrotomy in management of massive upper gastro intestinal hemorrhage.
Arch. of Surg. 1967 - 94 : 684-695.
- 37 - FRUMUSAN P. - Le rôle du facteur vasculaire dans la pathogénie de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.
Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, 1961, Masson Ed. 41-51.
- 38 - GALLARD Th. - Anévrysmes miliaires de l'estomac donnant lieu à des hématémèses mortelles.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hop. Paris 1884, Cité dans Millard.
- 39 - GIARELLI L., PICCOLI - Considerazioni Sull "Exulceratio simplex" Di Dieulafoy.
Riv. Anat. Pat. Oncol. 1964. 26 : 512-531.

- 40 - GIERSBERG O. - Über tödliche arterielle blutungen aus dem fundusbereich des magens.
Lang. Arch. Klin. Chir. 1962- 299 : 654-664.
- 41 - GIRAUD Claude M. - A propos de l'"exulceratio simplex".
Thèse de Paris 1956 n°586.
- 42 - GOLDMAN R.L. - Submucosal arterial malformation ("Aneuvrysm") of the stomach with fatal hemorrhage.
Gastro enterology 1964 - 46 : 589-594.
- 43 - HILLEMAND, MONNEROT - A propos de l'étiologie et du traitement des hémorragies digestives.
A tech. Mal. App. Dig. 1957 46 : 144-156.
- 44 - HIRSCHFELD H. - Ein fall von tödliche magenblutung aus einem miliaren aneuvrysm einer submucösen magenarterie.
Berl. Klin. Wschr. 1904
- 45 - KRIEGER A. - Die akute solitäre magenerosion Dieulafoy mit tödlicher Massenblutung.
Schweiz Med. Wschr. 1950. 40 : 1070-1073.
- 46 - LAFFITE H., SUIRE P. et DAVADJI F. - L'exulceratio simplex de Dieulafoy, cause de grandes hématémèses.
M.A.C.T. 1955. 81 : 753-758.
- 47 - LAMBLING A. et collaborateurs - Les hémorragies des gastrites hémorragiques et de l'exulceratio simplex.
Arch. des Mal. de l'App. Dig. 1959 n°7-8 bis, 73-100.
- 48 - LAUMONIER R. - Etude histologique des gastrites ulcéreuses et de l'exulceratio simplex, dans : La maladie ulcéreuse de l'estomac, pages 191-204 Masson et Cie, ed.1961.

- 49 - LEGER L. - Ulceratio simplex de l'estomac responsable d'une grande hématémèse. Présentation d'une pièce. M.A.C.T. 1955- 81 : 829.
- 50 - LEGER L. et collaborateurs - Ulcérations aiguës hémorragiques de l'estomac. Le problème de l'exulceratio simplex. Presse Médicale 1957, 65 : 1188-1192.
- 51 - LOYGUE J. et GARBAY M. - Exulceratio simplex. Le point de vue du chirurgien. Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, dans la maladie ulcéreuse de l'estomac, page 205-211. Masson et Cie, Ed. 1961, Paris.
- 52 - MAGENDIE, PERISSAT, VALLET, MARQUE - Hémorragie par exulcération simplex. Conduite thérapeutique, Bordeaux Chirurgical, 1965: 4 : 135-138.
- 53 - MANDELBAUM I., KAISER G.C., LEMPKE R.E.
Gastric intramural aneurysm as a cause for massive gastro-intestinal hemorrhage.
Ann. of Surg. 1962, 199-203.
- 54 - MAY L., GUGGENHEIM A., JEANNET M.L. - Un cas d'Exulceratio simplex. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hop. de Paris 1934, 58: 393.
- 55 - MENEGAUX G., GOUGYON Ch., COURTOIS-SUFFIT M. et DETRIE Ph.
Hématémèses par dysfonctionnement des anastomoses artério-veineuses de la paroi gastrique.
Presse Médicale 1953 - 61 : 1328-1330.

- 56 - MIALARET I. et EDELMANN G. - Deux observations d'hématémèses graves par exulceratio simplex de l'estomac après traitement par la Phenyl-Butazone.
M.A.C.T. 1955, 81 : 764-766.
- 57 - MILLARD M. - Fatal rupture of gastric anevrysm.
Arch. Path. (Chicago) 1955 - 59 : 363-371.
- 58 - MOBIUS G., WESTERLING D. - Ungewöhnliche Ursachen der groben magenblutung.
Chirurg. 1965, 36 : 489.
- 59 - MONGES H., DELMONT J., MANCY A. et coll.
Hémorragies digestives graves par exulceratio simplex.
A propos de 3 cas.
Arch. Mal. de l'app. dig. 15 avril 1967, 869
Actes de la Société de gastro-entérologie du Littoral Méditerranéen.
- 60 - MONNEROT J. - A propos de 200 cas d'hémorragies digestives - (Etude étiologique, diagnostique, pronostique et thérapeutique). Thèse Paris 1956 : n°576.
- 61 - MOUTIER F. et CORNET A. - Les gastrites, Masson et Cie, Ed., 1955.
- 62 - MOUTIER Fr. et CORNET A. - Gastrite ulcéreuse et exulcération simplex. Etude clinique et gastroscopique.
Dans la "Maladie ulcéreuse de l'estomac".
Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, 1960 - 177-190, Masson et Cie, Ed. Paris 1961.
- 63 - MOULLE P. - Les ulcérations digestives dans les états de stress. La Presse Médicale 75, n°29 : 1523 (1967).

- 64 - MOYSON I., SCOVILLE A. et collaborateurs - Diagnostic et traitement des hémorragies digestives aiguës. Acta Chirurgica Bel. 1955, supp.1, page 45. Rapport au Congrès annuel de l'Association belge de Chirurgie.
- 65 - PALMER E.D. and BOYCE - Sclerotic submucosal gastric artery. A source of hemorrhage. Ann. Surg. 1964 - 30 : 83.
- 66 - PICARD - La fréquence sous-estimée des grandes hémorragies gastriques par rupture artérielle. Arch. Mal. App. Dig. 1958, 47, n°12.
- 67 - PICARD R. et coll. - Substrat anatomique des grandes hémorragies ulcéreuses. A.M.A.D., 1959, 48 : 19-42.
- 68 - PUJOL, POMMEPUY, HAFNNER - L'exulceratio simplex de Dieulafoy existe bien. Presse Méd. 1950, 5 p.: 527.
- 69 - QUEMENEUR Le MEN LIANE - Les hémorragies digestives aiguës et la notion d'exulcération simplex. Thèse de Paris 1958, 90973.
- 70 - RICHARD - Hémorragies gastriques urgentes. M.A.C.T. 1956.
- 71 - ROSSI N.P., GREEN E.W., PIKE I.D. - Massive bleeding of the upper gastro intestinal tract due to Dieulafoy's erosion. Arch. Surg. 1968, 97 : 797-800.

- 72 - ROY B. - Sept observations de gastrotomies exploratrices pour hémorragies digestives graves.
M.A.C.T. 1958, 84 : 913-919.
- 73 - SAVA G., ADLOFF M. - Les hémorragies gastriques massives par exulceratio simplex de Dieulafoy.
Revue de la littérature. Ann. Clin. 1968, t.22 n°5-6 349-358.
- 74 - SCHEIDEGGER S. - Über zwei seltene formen von blutungen aus speiseröhre und magen.
Frankf. Z. Path. 1933. 44 : 527-539.
- 75 - STREICHER H.J. - Die solitäre exulceratio simplex (Dieulafoy) als ursache massiver intestinal blutungen. Dtsch. Med. Wschr. 1966 91. n°21 - 991-995.
- 76 - STREICHER M.J., SCHLOSSER V. - Seltene Ursachen schwerer gastro intestinaler blutungen.
Münch Med. Wschr 1964 - 106 : 1237-1242.
- 77 - TIXIER et CLAVEL - Hémorragie gastrique cataclysmique.
Lyon Chir. 1933 - 30 : 452-453.
- 78 - Débat sur les hémorragies gastro-duodénales massives (H.T.P. exceptée)
M.A.C.T. 1966 (MM. EDELMANN, BLANC, DOR, GERMAIN, LAGACHE, LOYGUE, MIALARET, NARDI, PERROTIN, ROUX, THOMERET).
- 79 - Hémorragies digestives. Diagnostic et traitement.
Revue du Praticien 1970 - tome XX, n°4.

